

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Estudio de la efectividad de un programa de terapia de pareja para  
víctimas del terrorismo**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Aliety Fernández Marrero**

**Directores**

**María Paz García Vera  
Jesús Sanz Fernández**

**Madrid, 2018**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Estudio de la efectividad  
de un programa de terapia de pareja  
para víctimas del terrorismo**

Autora:

**Aliety Fernández Marrero**

Directores:

**María Paz García Vera**

**Jesús Sanz Fernández**

Madrid, 2017





UNIVERSIDAD  
**COMPLUTENSE**  
MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Estudio de la efectividad  
de un programa de terapia de pareja  
para víctimas del terrorismo**

**Memoria para obtener el grado de Doctor**

---

Autora:

**Aliety Fernández Marrero**

Directores:

**María Paz García Vera**

**Jesús Sanz Fernández**

**Madrid, 2017**



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar agradezco a mi familia, sin cuyo apoyo este trabajo no hubiese sido posible. A mis dos hijas, a mi hija María, por su paciencia con esta madre no siempre disponible, por sus sonrisas en mis momentos de cansancio; por ser faro en mi vida. A mi pequeña Amaia, cuyos primeros latidos en este mundo transcurrieron en mi vientre escuchando las historias de las víctimas del terror que, en no pocos momentos, sobrecogieron mi corazón y aceleraron nuestros latidos. Por su alegría y energía contagiosa. A Steff, por su apoyo en los ya incontables días, incluidos muchos sábados y domingos, dedicados a este proyecto; por cuidar de Amaia, por tus orientaciones y tus conocimientos sobre números y por tu precisión, perfeccionismo y rigurosidad alemana que he aprendido de ti y que me ha ayudado a mejorar y estructurar el trabajo. Por tu sacrificio en los momentos personales complejos en que hemos finalizado esta memoria. A mi madre, que con su modelo de mujer cubana me enseñó el valor del esfuerzo, la constancia y el sacrificio, a veces en la precariedad, pero siempre luchando. Por enseñarme a terminar los proyectos, a pesar de las dificultades del camino... A mi padre, por su complicidad de siempre, por su paciencia conmigo y por su apoyo a mi madre en los momentos complejos de la enfermedad, en algunos de los cuales, no he podido estar más presente. A mis hermanas, por su comprensión y paciencia; por apoyarme incondicionalmente aún sin entender el contenido del trabajo; por su respeto hacia mis decisiones.

En segundo lugar, agradezco a mis directores de tesis por haberme brindado la oportunidad de participar en esta investigación y por haber contribuido a mi crecimiento con este proyecto, que ha desafiado muchas de mis limitaciones profesionales y humanas. Por sus orientaciones, su apoyo, su nivel de exigencia y su rigor. Por sus horas de trabajo y esfuerzo.

En tercer lugar, agradezco a la Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo (AMUVITE) y, en particular, a su presidente Luis Beñago Rubio por brindarme la posibilidad

de trabajar con las víctimas del terror y aprender no solo de su sufrimiento, sino de su resiliencia y sus fortalezas frente a la adversidad y el miedo. A las víctimas por enseñarme a ver la luz que emerge de las tinieblas...

Agradezco, también, a la Fundación de Víctimas del Terrorismo que subvencionó parcialmente la parte empírica de esta tesis doctoral. Esta parte empírica también ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2011-26450, y al convenio de colaboración entre la UCM y la AVT (contratos de investigación de referencias 270-2012, 283-2013, 53-2014, 100-2014, 192-2014 y 40-2015), a través de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, enmarcado en su proyecto “Servicio de atención a las víctimas del terrorismo y sus familiares” (2012-2013-2014-2015).

Por último, a mis amigos y familiares que han sido pacientes con mis ausencias durante estos últimos años. En especial, a mi amiga Ereida por su fidelidad y complicidad de siempre, a pesar de las barreras del espacio, y a Antonio Riquelme por su ayuda y apoyo. A todos los que han colaborado cuidando a Amaia, familiares y vecinos, sobre todo en la etapa final de esta memoria.

A todos gracias.

**A las víctimas del terror**





## **Índice**

<b>Siglas</b>	<b>11</b>
<b>Resumen</b>	<b>13</b>
<b>Abstract</b>	<b>19</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>25</b>
<b>Índice de figuras</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 1. El problema del terrorismo</b>	<b>31</b>
1.1 Introducción.....	33
1.2 Definición de terrorismo .....	36
1.3 Consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas .....	42
1.4 Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos en víctimas del terrorismo.....	48
1.5 El tratamiento farmacológico en las víctimas del terrorismo .....	52
1.6 Conclusiones.....	58
<b>Capítulo 2. Los problemas de relación de pareja</b>	<b>67</b>
2.1 Introducción.....	69
2.2 Definición y conceptualización de los problemas de relación de pareja .....	71
2.3 Problemas más frecuentes en las parejas .....	74
2.3.1 Patrones disfuncionales de relación en las parejas .....	75
2.3.2 Déficit en las habilidades de comunicación .....	77
2.3.3 Déficit en las habilidades de negociación .....	79
2.3.4 Expectativas inadecuadas y sesgos cognitivos .....	81
2.3.5 Problemas en el ámbito afectivo .....	84
2.3.6 Problemas en la sexualidad .....	88
2.3.7 Problemas en la relación con el entorno .....	89

2.4	Relevancia clínica del tratamiento de los problemas de relación de pareja.....	91
2.5	Conclusiones.....	96

### **Capítulo 3. La eficacia y efectividad de la terapia de pareja** **105**

3.1	Introducción.....	107
3.2	Diferencias entre estudios de eficacia y de efectividad en terapia de pareja .....	112
3.3	Enfoques en terapia de pareja basados en la evidencia .....	119
3.3.1	La terapia de pareja conductual tradicional .....	119
3.3.2	La terapia de pareja cognitivo-conductual .....	122
3.3.3	La terapia de pareja conductual integrativa .....	146
3.3.4	La terapia de pareja centrada en las emociones .....	154
3.4	Conclusiones.....	167

### **Capítulo 4. Los problemas de pareja asociados a los trastornos psicológicos derivados de sucesos traumáticos** **177**

4.1	Introducción.....	179
4.2	Impacto de la depresión y los trastornos de ansiedad en la calidad de la relación de pareja .....	181
4.3	Impacto del duelo patológico en la calidad de la relación de pareja.....	193
4.4	Impacto del trastorno de estrés postraumático en la calidad de la relación de pareja .....	211
4.5	Conclusiones.....	236

### **Capítulo 5. Tratamiento de los problemas de pareja asociados a los trastornos psicológicos derivados de sucesos traumáticos** **253**

5.1	Introducción.....	255
5.2	Aplicación de la terapia de pareja a la depresión, el duelo patológico y los trastornos de ansiedad .....	256
5.2.1	Terapia de pareja para la depresión.....	256
5.2.2	Terapia de pareja para los trastornos de ansiedad.....	261
5.3	Aplicación de la terapia de pareja al trastorno de estrés postraumático .....	264
5.3.1	Terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT .....	265
5.3.1.1	Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos .....	265
5.3.1.2	Aplicación del tratamiento y apoyo empírico .....	277
5.3.2	Terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT centrada en el presente .....	291
5.3.2.1	Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos .....	291
5.3.2.2	Aplicación del tratamiento y apoyo empírico .....	292

5.3.3	La terapia de enfoque estructurado .....	294
5.3.3.1	Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos .....	294
5.3.3.2	Aplicación del tratamiento y apoyo empírico .....	297
5.3.4	Terapia de pareja centrada en el trauma y en las emociones .....	300
5.3.4.1	Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos. ....	300
5.3.4.2	Aplicación del tratamiento y apoyo empírico .....	308
5.4	Conclusiones.....	316

## **Capítulo 6. Objetivos e hipótesis 327**

6.1	Introducción.....	329
6.2	Objetivos.....	337
6.2.1	Objetivo general .....	337
6.2.2	Objetivos específicos.....	337
6.3	Hipótesis .....	338

## **Capítulo 7. Método 343**

7.1	Participantes .....	345
7.2	Variables e instrumentos .....	355
7.2.2	Instrumentos de medida de las variables dependientes .....	357
7.2.3	Otras variables de interés.....	370
7.3	Procedimiento.....	373
7.3.1	Proceso de evaluación .....	377
7.3.2	El proceso de tratamiento .....	380
7.4	Análisis estadísticos .....	414

## **Capítulo 8. Resultados 423**

8.1	Efectividad del tratamiento en función de la mejora de la relación de pareja .....	425
8.1.1	Análisis de la efectividad en función de un incremento en el ajuste de la relación de pareja .....	425
8.1.2	Análisis de efectividad en función de la significación clínica.....	428
8.2	Análisis de la efectividad en función del cambio en las variables psicológicas relacionadas con el funcionamiento de la pareja desde el punto de vista de su significación estadística y clínica .....	431
8.2.1	Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de clima social en la familia (FES) 432	
8.2.2	Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de solución de problemas o conflictos (SPSI-R).....	433

8.2.3	Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de tácticas de conflicto CTS-2 (perpetuación y victimización).....	436
8.2.4	Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de pensamientos relacionados con la ira-hostilidad (IPRI).....	439
8.2.5	Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad (IACRI) .....	441
8.3	Efectividad del tratamiento en función del cambio en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad .....	445
8.3.1	Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.....	445
8.3.2	Efectividad del tratamiento en función de la presencia de cambios clínicamente significativos en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad .....	448
8.4	Efectividad del tratamiento en la mejora de la relación de pareja en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o farmacoterapia .....	453
8.4.1	Análisis de la terapia individual cognitivo-conductual centrada en el trauma combinada con la terapia de pareja en función de la mejora de la relación de pareja y de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja.....	453
8.4.2	Análisis de los psicofármacos combinados con la terapia de pareja en función de la mejora de la relación de pareja y de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja .....	458

## **Capítulo 9. Discusión** **463**

9.1	Efectividad del tratamiento en función del ajuste de la relación de pareja.....	465
9.2	Efectividad del tratamiento en función de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja .....	473
9.3	Efectividad del tratamiento en función de la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad .....	481
9.4	Efectividad del tratamiento en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente terapia individual cognitivo-conductual centrada en el trauma o farmacoterapia .....	487
9.5	Limitaciones y líneas futuras de investigación .....	495

## **Capítulo 10. Conclusiones** **501**

## **Referencias bibliográficas** **511**

## **Anexos** **577**

## Siglas

ANCOVA: análisis de covarianza.

BCT (o TBCT): terapia conductual de pareja (terapia conductual de pareja tradicional).

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck.

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck, 2ª edición, o Inventario de Depresión de Beck-II.

CBCT: terapia cognitivo-conductual de pareja (*cognitive-behavioral couple therapy*).

CBConT: *cognitive-behavioral conjoint therapy*<sup>1</sup> o *cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD* o *trauma-focused cognitive-behavioral conjoint therapy*.

CTS-2: Escala de Tácticas de Conflicto revisada o Escala de Tácticas de Conflicto-2.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición.

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición.

EAD: Escala de Ajuste Diádico de Spanier.

EFT: terapia de pareja centrada en las emociones.

FES: Escalas de Clima Social: Familia.

IACRI: Inventario de Actitudes y Creencias Relacionados con la Ira-hostilidad.

IBCT: terapia conductual de pareja integrativa.

IPRI: Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-hostilidad.

---

<sup>1</sup> En la literatura científica en lengua inglesa las siglas CBCT han sido utilizadas tanto para referirse a la *cognitive-behavioral couple therapy* (terapia cognitivo-conductual de pareja) como a la *cognitive-behavioral conjoint therapy* (terapia cognitivo-conductual conjunta), también denominada *cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD* (terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT) o *trauma-focused cognitive-behavioral conjoint therapy* (terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma). Como esta última terapia tiene un origen más moderno, en esta tesis doctoral se han reservado las siglas CBCT para referirse a la *cognitive-behavioral couple therapy* y su traducción en español (terapia cognitivo-conductual de pareja), mientras que para la *cognitive-behavioral conjoint therapy* en inglés se utilizarán las siglas CBConT y en español las siglas TCC-C (terapia cognitivo-conductual conjunta).

PCL-S: Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica.

PTSD: *posttraumatic stress disorder*.

RCI: índice de cambio fiable de Jacobson y Truax.

SAT: terapia de enfoque estructurado.

SPSI-R: Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado.

TCC: terapia cognitivo-conductual.

TCC-C: terapia cognitivo-conductual conjunta o terapia cognitivo-conductual conjunta para el  
TEPT o terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma.

TCC-CT: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.

TDM: trastorno depresivo mayor.

TEPT: trastorno por estrés postraumático.

TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.

## **Resumen**

A pesar de que el terrorismo afecta cada año a millones de personas en todo el mundo e impacta negativamente en todas las áreas importantes de sus vidas, incluida el área de sus relaciones de pareja, no se han publicado tratamientos específicos de terapia de pareja para esta población. La investigación del tratamiento de estas víctimas debe ampliarse no solo a las repercusiones psicopatológicas individuales del terrorismo, si no, por ejemplo, a los problemas de relación de pareja. Estos, además, pueden estar asociados a la existencia de problemas de salud mental que presentan las víctimas con una prevalencia relativamente más alta que en la población general, existiendo relaciones bidireccionales al respecto. Los problemas de relación de pareja tienen la relevancia clínica suficiente para que se conviertan en objeto de estudio de la psicología, dado su conocido impacto en la salud física y mental de los adultos que los padecen y en su descendencia.

### **OBJETIVO GENERAL**

Se planteó como objetivo general de esta tesis doctoral el proponer un tratamiento psicológico breve para los problemas de pareja de las víctimas de terrorismo, en concreto, en hacer una adaptación para las víctimas del terrorismo de la terapia cognitivo-conductual conjunta (TCC-C) para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) de Monson y Fredman (2012), y realizar un análisis preliminar de su efectividad.

### **MÉTODO**

Para realizar la investigación empírica de esta tesis doctoral, se seleccionó una muestra de 17 parejas que mostraban problemas de pareja y en las cuales alguno de sus miembros era una víctima del terrorismo. Todas ellas recibieron un programa de tratamiento de parejas, aunque solo 13 parejas concluyeron el mismo. Los pacientes recibieron una media de 10 sesiones de una hora y media de duración con una frecuencia quincenal. El tratamiento aplicado fue una versión de la TCC-C para el TEPT adaptada a los problemas de relación de pareja en víctimas



de terrorismo, en el cual se tuvieron en cuenta los aportes de la terapia cognitivo-conductual de parejas y algunas intervenciones de la terapia de pareja centrada en las emociones (EFT; Johnson, 2002). Del total de participantes que completó el tratamiento de pareja, el 35, 7% recibía además de forma individual y simultánea terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT), mientras que el 37,9% estaba simultáneamente consumiendo psicofármacos,

## **HIPÓTESIS**

Nuestra hipótesis primaria era que el tratamiento de pareja aplicado resultaría efectivo para tratar los problemas de relación de pareja de las víctimas del terrorismo y que, por tanto, mejoraría el nivel de ajuste de la relación de pareja, ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja (clima social de la pareja, tácticas de conflicto, habilidades de solución de problemas sociales, pensamientos automáticos negativos relacionados con la ira-hostilidad y creencias relacionadas con la ira-hostilidad) e incluso la sintomatología de TEPT, depresión y ansiedad. Al mismo tiempo, dado que en nuestro tratamiento no fue un criterio de exclusión ni la toma de psicofármacos ni la participación simultánea en un programa de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) de tipo individual, nuestra hipótesis secundaria era que la combinación del tratamiento de pareja con una TCC-CT individual o con un tratamiento psicofarmacológico no aumentará la efectividad de dicho tratamiento de pareja sobre el nivel de ajuste de la relación de pareja o sobre los factores relacionados con dicho ajuste.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los resultados del estudio realizado demuestran la efectividad del programa de tratamiento aplicado en la mejora del ajuste total de las parejas participantes, con tamaños del efecto similares a los de los estudios sobre la eficacia de terapia de pareja (Shadish y Baldwin, 2003; Baucom et al., 2003). Estas mejoras fueron mayores para las parejas de las víctimas que para las propias víctimas, que partieron de niveles más altos en el ajuste total. Este resultado

coincide con los de estudios previos sobre la TCC-C para el TEPT (Monson et al., 2011; Monson et al. 2012; Schumm et al. 2013).

Al mismo tiempo, el programa ha resultado efectivo en el cambio de muchas de las variables de interacción relacionados con el funcionamiento de la pareja que se estudiaron (el clima social de la pareja, la mejora de las tácticas de conflicto, la disminución de la agresividad psicológica y algunas habilidades en la resolución de problemas y conflictos). Además, el tratamiento ha resultado efectivo en la disminución de los pensamientos negativos asociados a la ira- hostilidad.

Finalmente, el tratamiento también se ha mostrado efectivo para la sintomatología de estrés postraumático, depresiva y ansiosa, ya que consiguió una reducción estadística y clínicamente significativa en las medidas de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el postratamiento en el grupo de las víctimas de terrorismo, con tamaños del efecto moderados para la sintomatología postraumática ( $g = 0,72$ ) y ansiosa ( $g = 0,79$ ) y grandes para la sintomatología depresiva ( $g = 1$ ). Los resultados en la reducción de la sintomatología depresiva son iguales o mejores que en estudios previos de TCC-C conjunta para el TEPT (Monson et al., 2012; Schumm et al 2013, Monson et al 2011). Sin embargo, en las medidas de la sintomatología postraumática, en esos mismos estudios y en el de Monson et al. (2004), se han conseguido mejores tamaños del efecto. Nuestro resultado es similar a la versión de la TCC-C para el TEPT centrada en el presente (Pukay Martin et al., 2015).

Además, la participación de las parejas de las víctimas en este tratamiento no parece ser perjudicial para su funcionamiento psicológico, ya que no ha supuesto un incremento de sintomatología de ansiedad y depresión y ningún caso empeoró, resultados que coinciden con investigaciones previas de la TCC-C conjunta centrada en el trauma (Shnaider et al 2014).

Con relación a la hipótesis secundaria planteada, los resultados de varios análisis de covarianza con el tipo de tratamiento (terapia de pareja vs. terapia de pareja en combinación con TCC-CT o con psicofármacos) como factor intersujetos, el momento de medida

(pretratamiento vs. postratamiento) como factor intrasujeto y el sexo y la edad como covariables, revelaron que, frente al tratamiento de pareja en solitario, tanto su combinación con TCC-CT individual como su combinación con psicofármacos, no parece que mejoren de forma estadísticamente significativa la efectividad de dicho tratamiento de pareja en solitario sobre el ajuste de la pareja ni sobre ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja (habilidades de solución de problemas sociales, tácticas de conflicto, pensamientos negativos relacionados con la ira-hostilidad, actitudes o creencias relacionadas con la ira-hostilidad), salvo por dos excepciones. Tanto para la combinación de la terapia de pareja con TCC-CT individual como para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos, los pacientes que recibieron terapia de pareja combinada redujeron significativamente más sus pensamientos negativos asociados a la ira y la hostilidad tras el tratamiento que los pacientes que solo recibieron terapia de pareja. Curiosamente, en relación con el grado de satisfacción en la pareja, se encontró un patrón de resultados contrario para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos; esto es, se encontró que en los pacientes que recibieron la terapia de pareja en solitario aumentó significativamente más la satisfacción con la pareja que en los pacientes que recibieron su combinación con psicofármacos.

### **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES FUTURAS**

Estos resultados deben contemplarse teniendo en cuenta las limitaciones del presente trabajo, entre las que cabe destacar la ausencia de un grupo control, el tamaño pequeño de la muestra que limita la generalización de los resultados, la no realización de seguimientos de los logros del tratamiento para ver si se mantienen con el tiempo y la utilización de algunas medidas para evaluar los cambios en el funcionamiento de la relación de pareja que no son específicos del área de pareja. Sobre la base de lo anterior, se recomienda hacer nuevos estudios con tamaños muestrales más amplios, con un grupo de control, con un seguimiento del progreso terapéutico y donde se realicen análisis de componentes para ver los predictores de

éxito del tratamiento. Además, se mejoren las medidas utilizadas y se examinen, en mayor profundidad, los efectos de sinergia entre las combinaciones de tratamiento.

### **CONCLUSIONES**

En resumen, los resultados de este estudio piloto sugieren que la adaptación de la terapia cognitivo-conductual conjunta (TCC-C) centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) que hemos aplicado en el presente estudio, puede ser un tratamiento prometedor para mejorar el ajuste en parejas con problemas de relación en las que uno o ambos miembros de la pareja son víctimas de terrorismo, así como para conseguir mejoras en ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja y reducir la sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático, depresión o ansiedad que pueden sufrir las víctimas.

Aunque los resultados estadísticamente significativos respecto a la efectividad diferencial de la terapia de pareja frente a su utilización combinada con TCC-CT individual o con psicofármacos son difíciles de interpretar y, de hecho, se deben tomar con muchas cautelas por las limitaciones del presente estudio relacionadas con el pequeño tamaño muestral de los grupos que recibieron distintas alternativas terapéuticas, su presencia sugiere que el área de las sinergias debidas a la combinación de diversos tipos de tratamiento, es un ámbito que en su aplicación a los problemas de pareja y a los problemas psicopatológicos que pueden sufrir las víctimas del terrorismo y sus parejas merece ser investigado con mayor profundidad con diseños más adecuados desde el punto de vista de la manipulación de las variables independientes terapéuticas y de la potencia estadística.



## **Abstract**

Although terrorism affects millions of people every year around the world and has a negative impact on all important areas of their lives, including the area of their relationships, no specific couples therapy treatments have been published for this population. The investigation of the treatment of these victims should be extended not only to the individual psychopathological repercussions of terrorism but, for example, to problems of relationship. These can also be associated with the existence of mental health problems presented by victims with a relatively higher prevalence than in the general population, with two-way relationships in this regard. The problems of couple relationship have sufficient clinical relevance to become an object of study of psychology, given its known impact on the physical and mental health of adults and their offspring.

### **GENERAL OBJECTIVE**

It was proposed as a general objective of this doctoral thesis to propose a brief psychological treatment for the couple problems of the victims of terrorism, in particular, to make an adaptation for the victims of terrorism of the cognitive-behavioral conjoint therapy (CBConT) for posttraumatic stress disorder (PTSD) by Monson and Fredman (2012), and to perform a preliminary analysis of its effectiveness.

### **METHOD**

In order to carry out the empirical investigation of this doctoral thesis, a sample of 17 couples that showed couple problems and in which one of its members was a victim of terrorism was selected. All of them received a couples treatment program, but there were 4 drop-outs. At the end, only 13 couples concluded the treatment. Patients received an average of 10 sessions of an hour and a half duration with a fortnightly frequency. The treatment applied was a version of the CBConT for PTSD adapted to the couple problems in victims of terrorism, which took into account the contributions of cognitive-behavioral couple therapy and some

interventions of the emotionally focused therapy for couples (EFT, Johnson, 2002). Of the total number of participants who completed the couples treatment, 35.7% also received individually and simultaneously trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT), while 37.9% were simultaneously consuming psychotropic drugs,

### **HYPOTHESIS**

Our primary hypothesis was that couples treatment would be effective in dealing with couple problems of victims of terrorism and would therefore improve the level of adjustment of the relationship, certain psychological factors related to the couple functioning (couple social climate, conflict tactics, social problem-solving skills, negative automatic thoughts related to anger-hostility, and beliefs related to anger-hostility) and even the symptoms of PTSD, depression and anxiety. At the same time, because in our treatment, neither the taking of psychotropic drugs nor the simultaneous participation in an individual-type trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) program were an exclusion criterion, our secondary hypothesis was that the combination of couple treatment with an individual TF-CBT or with a psychopharmacological treatment will not increase the effectiveness of such couples treatment over the adjustment level of the couple relationship or the factors related to such adjustment.

### **RESULTS AND DISCUSSION**

The results of the study demonstrate the effectiveness of the treatment program applied in improving the overall adjustment of the participating couples, with effect sizes similar to those of the studies on the effectiveness of couples therapy (Shadish & Baldwin, 2003; Baucom et al. Al., 2003). These improvements were greater for the partners of the victims than for the victims themselves, who started from higher levels in the total adjustment. This result coincides with those from previous studies on CBConT for PTSD (Monson et al., 2011, Monson et al., 2012, Schumm et al., 2013)..

At the same time, the program has been effective in changing many of the interaction variables related to the functioning of the couple that were studied (the couple social climate, conflict tactic improvements, psychological aggressiveness decreases, and some skills in solving problems and conflicts). In addition, treatment has been effective in reducing negative thoughts associated with anger.

Finally, the treatment has also proved effective for posttraumatic, depressive and anxious symptomatology, as it achieved a statistically and clinically significant reduction in the measures of posttraumatic, depressive and anxious symptomatology in posttreatment in the group of victims of terrorism, with moderate effect sizes for posttraumatic symptoms ( $g = 0.72$ ) and anxious ( $g = 0.79$ ) and large for depressive symptomatology ( $g = 1$ ). The results in the reduction of depressive symptomatology are equal to or better than in previous studies of CBConT for PTSD (Monson et al., 2012; Schumm et al., 2013). However, in the measures of posttraumatic symptomatology, in those same studies and in that of Monson et al. (2004), better effect sizes have been achieved. Our result is similar to the version of CBConT for PTSD centered on the present (Pukay Martin et al., 2015).

In addition, the participation of partners of the victims in this treatment does not seem to be detrimental to their psychological functioning, since it has not meant an increase of symptoms of anxiety and depression and no case has worsened, results that coincide with previous investigations of CBConT for PTSD (Shnaider et al 2014).

Regarding the secondary hypothesis presented, the results of several covariance analyses with the type of treatment (couple therapy vs. couples therapy in combination with TF-CBT or with psychotropic drugs) as an intersubject factor, the moment of measurement (pretreatment vs. posttreatment) as an intrasubject factor and sex and age as covariates, revealed that, in comparison with couples treatment alone, both their combination with individual TF-CBT and their combination with psychoactive drugs do not appear to statistically significantly improve effectiveness of couples treatment on the couple's adjustment or on certain psychological



factors related to couple functioning (social problem solving skills, conflict tactics, negative thoughts related to anger-hostility, attitudes or beliefs related to anger-hostility), except for two exceptions. For both the combination of couple therapy with individual TF-CBT and the combination of couple therapy with psychotropic drugs, patients receiving combination therapy significantly reduced their negative thoughts associated with anger and hostility than patients who only received couples therapy. Interestingly, in relation to the degree of satisfaction in the couple, an opposite pattern of results was found for the combination of couples therapy with psychotropic drugs. That is, it was found that patients who received couples therapy alone significantly increased their satisfaction with the couple more than patients who received their combination with psychotropic drugs.

### **LIMITATIONS AND FUTURE RESEARCH RECOMMENDATIONS**

These results should be considered taking into account the limitations of the present study, such as the absence of a control group, the small size of the sample that limits the generalization of the results, the lack of monitoring the treatment achievements to see their maintenance over time and the use of some evaluation measures in the couple relationship functioning change that are not specific to the couple area. Based on the above, it is recommended that new studies be carried out with larger sample sizes, a control group, a therapeutic progress monitoring, where component analyses are performed to monitor the treatment success predictors. In addition, measures should be improved and the synergistic effects between treatment combinations should be examined closely.

### **CONCLUSIONS**

In summary, the results of this pilot study suggest that the adaptation of cognitive-behavioral conjoint therapy (CBConT) for PTSD (Monson and Fredman, 2012) that we have applied in the present study may be a promising treatment to improve adjustment in couples with relationship problems in which one or both partners are victims of terrorism, as well as to

achieve improvements in certain psychological factors related to the functioning of the couple and reduce the clinically significant symptomatology of posttraumatic stress, depression or anxiety that victims may suffer.

Although the statistically significant results regarding the differential effectiveness of couple therapy versus their combined use with individual TF-CBT or with psychotropic drugs are difficult to interpret and should in fact be taken with great caution by the limitations of the present study related to the small sample size of the groups that received different therapeutic alternatives, their presence suggests that the area of synergies due to the combination of different types of treatment is a field that in its application to problems of couple and psychopathological problems that can be suffered by the victims of terrorism and their partners deserves to be investigated in greater depth with designs more suitable from the point of view of manipulation of independent therapeutic variables and statistical power.



## Índice de tablas

Tabla 1.	Criterios del DSM-5 para los problemas de relación de pareja (Foran et al., 2015, p. 53) .....	73
Tabla 2.	Pautas para discusiones de pareja (adaptadas de Baucom et al., 2015) .....	131
Tabla 3.	Directrices para conversaciones destinadas a la toma de decisiones en pareja (adaptado de Baucom et al., 2015).....	132
Tabla 4.	Estrategias de intervención cognitiva usadas frecuentemente en terapia de pareja (Baucom et al., 2008).....	134
Tabla 5.	Intervenciones emocionales en terapia de pareja I (Baucom et al., 2008).....	137
Tabla 6.	Intervenciones emocionales en terapia de pareja II (Baucom et al., 2008).....	137
Tabla 7.	Relación de objetivos y técnicas en terapia de pareja (Baztarrica et al., 2015, pp. 126-127) .....	139
Tabla 8.	Técnicas que se utilizan para la mayor parte de los objetivos en terapia de pareja (Baztarrica et al., 2015, p. 128) .....	140
Tabla 9.	Etapas y pasos de la terapia centrada en las emociones para las parejas o EFT (Jun-Wei Wong, 2014).....	159
Tabla 10.	Resumen de las etapas y de las sesiones de cada etapa de la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT o TCC-C (Monson et al., 2008).....	273
Tabla 11.	Protocolo de evaluación de la pareja.....	379
Tabla 12.	Resumen de etapas y sesiones de cada etapa de la TCC-C para la mejora de la relación de parejas en víctimas de terrorismo:.....	388
Tabla 13.	Programa de tratamiento: sesiones, estrategias, técnicas terapéuticas y tareas para casa .....	409
Tabla 14.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de ajuste de pareja (EAD) de las parejas que participaron en el tratamiento .....	426

Tabla 15.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de ajuste de pareja (EAD) de las parejas que participaron en el tratamiento .....	427
Tabla 16.	Comparación de los porcentajes de pacientes que rebasaron el punto de corte en las medidas de la EAD en el pretratamiento y en el postratamiento .....	430
Tabla 17.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de clima social en la familia (FES).....	432
Tabla 18.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de solución de problemas o conflictos (SPSI-R) de las parejas que participaron en el tratamiento .....	434
Tabla 19.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de tácticas de conflicto (CTS-2; perpetuación) de las parejas que participaron en el tratamiento.....	436
Tabla 20.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de tácticas de conflicto (CTS-2; victimización) de las parejas que participaron en el tratamiento.....	438
Tabla 21.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de pensamientos relacionados con la Ira-Hostilidad (IPRI).....	439
Tabla 22.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de actitudes y creencias relacionadas con la ira-hostilidad (IACRI) .....	441
Tabla 23.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de actitudes y creencias relacionadas con la Ira-Hostilidad. (IACRI) de las parejas que participaron en el tratamiento .....	443
Tabla 24.	Comparación de los porcentajes de pacientes que mostraban niveles significativos en las medidas de la FES, el SPSI-R, el IACRI y el IPRI en el pretratamiento y en el postratamiento.....	444
Tabla 25.	Resultados terapéuticos sobre las medidas de estrés postraumático (PCL-S), depresión (BDI-II) y ansiedad (BAI) .....	445
Tabla 26.	Comparación de porcentajes de pacientes en el pretratamiento y en el postratamiento, del Grupo 1 (víctimas del terrorismo) y del Grupo 2 (parejas de las víctimas) con relación a la puntuación de corte en las medidas de la PCL-S, del BDI-II y del BAI.....	450
Tabla 27.	Comparación de las diferencias pre-post entre los pacientes que recibían simultáneamente la TCC-C individual y la terapia de pareja y los que solo recibían la terapia de pareja (interacción entre el factor momento de medida y el factor tipo de tratamiento).....	457

Tabla 28. Comparación de las diferencias pre-post entre los pacientes que completaron la terapia de pareja y tomaban psicofármacos y los que la completaron y no los tomaban (interacción entre el factor momento de medida y el factor tipo de tratamiento).....	461
---	-----



## Índice de figuras

Figura 1.	Puntuaciones medias por debajo de la puntuación de corte de la EAD en la evaluación pretratamiento (grupo de las parejas que completaron el tratamiento).....	351
Figura 2.	Porcentaje de participantes que mostraban síntomas clínicamente significativos de TEPT, depresión y ansiedad en los dos grupos de participantes (víctimas y sus parejas); N = 34 participantes (muestra total inicial).....	352
Figura 3.	Puntuaciones medias sobre las puntuaciones de corte de la PCL-S, el BDI-II y el BAI en la evaluación pretratamiento para el Grupo 1 (Víctimas de terrorismo).....	353
Figura 4.	Puntuaciones medias sobre las puntuaciones de corte del BDI-II y del BAI en la evaluación pretratamiento para el Grupo 2 (parejas de las víctimas de terrorismo).....	354
Figura 5.	Diagrama del flujo de participantes, procedimiento de este estudio (y esquema de los análisis estadísticos realizados). ....	375
Figura 6.	Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en el Ajuste total (medida mediante la EAD) del grupo 1 (víctimas) y del grupo 2 (parejas) en las evaluaciones pre y postratamiento. ....	429
Figura 7.	Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento en las medidas de ajuste de la EAD.....	431
Figura 8.	Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en los síntomas de estrés postraumático (medida mediante la PCL-S) del grupo 1 (víctimas) en las evaluaciones pre y postratamiento. ....	446
Figura 9.	Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en los síntomas de depresión (medidos mediante el BDI-II) del grupo 1 (víctimas) y del grupo 2 (parejas) en las evaluaciones pre y postratamiento.....	447
Figura 10.	Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en los síntomas de ansiedad (medida mediante el BAI) del grupo 1 (víctimas) y del grupo 2 (parejas) en las evaluaciones pre y postratamiento.....	448



Figura 11. Porcentaje de pacientes del Grupo 1 (víctimas) empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento en las medidas de la PCL-S, el BDI-II y el BAI. ....	452
Figura 12. Porcentaje de pacientes del grupo 2 (parejas de las víctimas) empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento en las medidas de la PCL-S, el BDI-II y el BAI. ....	453
Figura 13. Comparación del tamaño del efecto del cambio pre-postratamiento para el grupo 1 (víctimas) y para el grupo 2 (parejas) en las medidas de ajuste de la EAD con pacientes traumatizados de otros estudios de la TCC-C para el TEPT.....	468
Figura 14. Comparación del tamaño del efecto del cambio pre-postratamiento entre los ensayos de eficacia y efectividad de la terapia de pareja y el estudio presente. * Metaanálisis de ensayos de eficacia; ** Ensayos de efectividad; *** Ensayo de efectividad con tamaños del efecto hombre/mujer $d = 0,75$ y $d = 0,69$ respectivamente **** En el estudio presente el estadístico del tamaño del efecto fue la $g$ de Hedges. Figura adaptada de Halford et al. (2015, p. 3). ....	469
Figura 15. Comparación de la significación clínica del cambio (RCI) en las medidas de ajuste de la EAD con pacientes traumatizados y sus parejas entre otros estudios de la TCC-C para el TEPT y el estudio presente. ....	472

# **Capítulo 1.**

## **El problema del terrorismo**



## **1. El problema del terrorismo**

### **1.1 Introducción**

El terrorismo se ha convertido en un tema predominante en el discurso público en el siglo XXI y cada año afecta a un elevado número de personas en todo el mundo. En el año 2015, se produjeron en el mundo un total de 11.774 atentados terroristas que causaron más de 28.300 muertes, más de 35.300 heridos y más de 12.100 personas secuestradas o tomadas como rehenes (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2016).

Si comparamos estos resultados con los del año anterior, el número total de ataques terroristas en 2015 disminuyó en un 13% y el total de muertes debidas a ataques terroristas se redujo en un 14%. Estos datos se explican, en gran parte, por un menor número de ataques y muertes en Irak, Pakistán y Nigeria. Estos datos representan el primer descenso en los ataques terroristas y las muertes totales en todo el mundo desde 2012 (START, 2016). Con relación al número de heridos, la diferencia es mínima (un 2% de aumento en comparación a los 34.700 heridos del 2014; START, 2015). Sin embargo, sí ha resultado significativo el aumento en el número de personas secuestradas o tomadas como rehenes (un aumento del 29% respecto a las más de 9.400 personas secuestradas o tomadas como rehenes en el 2014; START, 2015). Esto se debió principalmente a un aumento en el número de ataques terroristas en los que se secuestraron o tomaron como rehenes un gran número de víctimas. Así, en 2015 hubo 24 atentados en los que se secuestraron o tomaron como rehenes más de 100 víctimas, mientras que en 2014 tan solo hubo 14 atentados con un número tan alto de víctimas secuestradas o tomadas como rehenes (START, 2015).

Las estadísticas de años anteriores nos muestran una intensa actividad terrorista. En el período entre el 2005 y 2013 se produjeron en el mundo un promedio anual de 11.233

atentados terroristas que causaron como media 16.013 muertos, 31.646 heridos y 9.661 secuestrados cada año (citado en García-Vera et al., 2015).

Muy significativo resultó el aumento del año 2013 al 2014 en el número de ataques terroristas y de personas fallecidas como consecuencia de los mismos. En concreto, en 2014 y en comparación a 2013, hubo un aumento, respectivamente, del 35% y del 81%, con un incremento también muy importante de atentados masivos (START, 2015). Este incremento se aprecia en el hecho de que en el año 2014 el número de ataques en los que se asesinó a más de 100 personas se multiplicó por 10, pasando de 2 a 20. Es más, también se produjo un incremento del año 2013 al 2014 en el número de secuestros (START, 2015).

Esta intensa actividad terrorista de los últimos años se ha concentrado, sobre todo, en ciertas zonas geográficas de Oriente Medio y del Sur de Asia, que reunieron en el período 2005-2010, el 40% y el 35% de los ataques terroristas, respectivamente. En el período de 2005 a 2010 se produjeron en el mundo 1.531 atentados terroristas con un número elevado de víctimas mortales, de los cuales tan solo 26 ocurrieron en Europa y tan solo uno en Norteamérica (véase las estadísticas del National Counterterrorism Center [NCTC], 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, citado en Gesteira Santos, 2016).

Sin embargo, los efectos de la globalización se hacen notar en que el terrorismo se extiende por otras zonas del mundo y Europa no está exenta de los mismos. Aunque a una escala global el número de incidentes terroristas en países miembros de la Unión Europea es muy bajo en comparación con los que ocurren en África, el Sudeste Asiático o en Oriente Medio, la amenaza del terrorismo religioso yihadista aumenta día a día y se traslada del mundo oriental al occidental (Oficina Europea de Policía [Europol], 2015). De esta manera, según esta fuente, se está produciendo un descenso en el terrorismo ejercido por grupos separatistas locales y por otros tipos de terrorismo vinculados a la extrema izquierda o la extrema derecha, mientras que el terrorismo religioso no lo hace. Como representación de la influencia reciente del terrorismo yihadista en Europa, podemos mencionar los atentados terroristas ocurridos en

París, el 13 de noviembre del 2015, con 130 muertos y más de 350 heridos (El Correo, 2015), en Bruselas, el 22 de marzo de 2016, con 32 muertos y 300 heridos (Sahuquillo, 2016), en Nizza, el 14 de julio de 2016, con al menos 84 personas muertas y un centenar heridas (Valderrama y Hernández, 2016) y en Berlín, el 19 de diciembre de 2016, con al menos 12 muertos y 48 heridos (Doncel, 2016).

En España, los últimos 50 años de la historia de nuestro país, han estado marcados por los actos terroristas de bandas como los GRAPO y, sobre todo, ETA. Asimismo, hemos sido objeto de la amenaza terrorista islamista en los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid.

Numerosas personas han perdido la vida como consecuencia de estos atentados. Sin embargo, dependiendo de las fuentes que se revise, este dato varía. Por ejemplo, la Fundación Víctimas del Terrorismo, en su última revisión del 2014, ofrecía el dato de 1.220 fallecidos; la Subsecretaría de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo del Ministerio del Interior, 1.382, según datos del año 2015, y la Dirección General del Gobierno Vasco, 1.297 fallecidos (Dirección General del Gobierno Vasco, 2015, citado en Moreno Pérez, 2016). Es importante señalar que desde el año 2009 no ha fallecido en España ninguna persona por atentado terrorista. Pero también es importante tener en cuenta los españoles fallecidos en el extranjero. Por ejemplo, García-Vera y Sanz (2016) recogen los datos de que, en el año 2015, al menos siete españoles fallecieron en atentados en el extranjero: dos en el atentado del 18 de marzo en el Museo Nacional del Bardo de la ciudad de Túnez, tres en los de París y dos en el del 11 de diciembre en la Embajada de España en Kabul.

Pero además, no puede olvidarse el hecho de que a estas víctimas directas del terrorismo habría que sumarles aquellas otras conocidas como “indirectas”, que pueden tener grados diferentes de relación con la víctima directa; así, pueden ser familiares, amigos o vecinos o pueden estar implicados profesionalmente en la ayuda a las víctimas de los atentados (policías, bomberos, personal médico, de enfermería y de ambulancias, psicólogos, etc.) así como ser personal voluntario que colabora en esa ayuda. También dentro de las víctimas indirectas se

encuentran las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados, y la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de los actos terroristas. Los traumas que afectan a una comunidad provocan efectos colectivos no reducibles al impacto individual que sufre cada persona. En este sentido, las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas van más allá de las personas que directamente han experimentado el atentado y han sobrevivido al mismo ilesos o con heridas de mayor o menor consideración (García-Vera y Sanz, 2011).

Si tenemos en cuenta todas estas cifras y la cantidad de personas afectadas por el terrorismo, entenderemos que el terrorismo es, en la actualidad, un grave problema mundial. En España, tras el comunicado en 2011 de la banda terrorista ETA en el que anunciaba el cese de su actividad armada y su más reciente comunicado del 18 de marzo de 2017 en el que anunciaba su desarme unilateral e incondicional, consideramos que nuestro país se encuentra en un período clave para reflexionar sobre el tratamiento que se ha dado a las víctimas del terrorismo a lo largo de la historia. Pero también sobre las necesidades que este colectivo pueda presentar (Pereda, 2012).

En este sentido, en el presente capítulo repasamos las diferentes definiciones que se le han dado al término terrorismo, los avances en esta materia, así como las dificultades que supone en la práctica la no existencia de un consenso con respecto a la definición de terrorismo por parte de las diferentes organizaciones, instituciones y grupos involucrados en su análisis, prevención o lucha. También explicamos las repercusiones psicológicas de los atentados terroristas y la situación actual con respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos para este colectivo.

### **1.2 Definición de terrorismo**

Si partimos de una definición lingüística del término terrorismo, el “Diccionario de la lengua española” de la Real Academia Española, en su vigésima tercera edición, incluye tres

acepciones: (1) “dominación por el terror”; (2) “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror”, y (3) “actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretenden crear alarma social con fines políticos” (Real Academia Española, 2015).

Pero la realidad a la que nos enfrentamos en la definición de este término es compleja por la falta de consenso con respecto a su conceptualización. Un estudio realizado en 1988 encontró más de 109 definiciones diferentes de la expresión (citado en Mansdorf, 2008). Krueger y Malecková (2003) señalan el hecho de que, en la actualidad, existen más de un centenar de definiciones del terrorismo, tanto académicas como diplomáticas. Estos autores plantean posibles causas de este elevado número de definiciones. En primer lugar, su uso por diferentes grupos de investigación, organizaciones e instituciones gubernamentales y, en segundo lugar, su uso para delimitar acciones violentas de diversa naturaleza. Las Naciones Unidas, la Unión Europea y diversos organismos dentro de los Estados Unidos han utilizado este término discrepando, aunque con algunas coincidencias esenciales de las que hablaremos más adelante.

Moreno Pérez (2016) realiza una breve revisión de las principales definiciones existentes sobre el tema. En dicha revisión realiza un repaso histórico, desde las primeras utilizaciones del término conocidas cuando Robespierre implanta el período del terror (1793-1794), pasando por los primeros intentos de las Naciones Unidas por definir el terrorismo limitándolo solamente a actos criminales en la Convención de Ginebra en 1937 (Torres Vázquez, 2010) y hasta llegar a las definiciones actuales sobre el fenómeno del terrorismo que aparecen en contextos legislativos en España. De estas últimas, se tiene en cuenta desde las que se utilizan en las reformas del Código Penal en materia de terrorismo realizadas por la Ley Orgánica 5/2010 y la Ley Orgánica 2/2015, hasta la última ley publicada hasta la fecha en España sobre reconocimiento, protección y asistencia a las víctimas de terrorismo (Ley 29/2011).



En esta última ley se establece una definición de la “acción terrorista” como “la llevada a cabo por personas integradas en organizaciones o grupos criminales que tengan por finalidad o por objeto subvertir el orden constitucional o alterar gravemente la paz pública” así como “los actos dirigidos a alcanzar los fines señalados (...) aun cuando sus responsables no sean personas integradas en dichas organizaciones o grupos criminales” (Ley 29/2011, p. 100573).

Además, esta ley realiza un avance al considerar como “víctimas del terrorismo” no solamente a “las personas fallecidas o que han sufrido daños físicos y/o psíquicos como consecuencia de la actividad terrorista”, sino también a “las personas que, habiendo sido objeto de atentados terroristas, hayan resultado ilesas”, “los familiares de los fallecidos hasta segundo grado de consanguinidad” (incluyendo la persona ligada con el fallecido por una relación de afectividad análoga a la de cónyuge), y “las personas que acrediten sufrir situaciones de amenazas o coacciones directas y reiteradas por parte de organizaciones terroristas”, personas estas últimas que no eran tenidas en cuenta como víctimas del terrorismo en las anteriores leyes españolas de reconocimiento y protección de las víctimas del terrorismo (Ley 29/2011, p. 100574).

Otras de las definiciones señaladas en la revisión de Moreno Pérez (2016) son: (a) la recogida en el Título 22 del Código Penal de los Estados Unidos de América, en la que se define el terrorismo como una violencia premeditada y con motivos políticos perpetrada contra objetivos civiles por grupos subnacionales o agentes clandestinos, generalmente con la intención de influenciar a un público determinado (citado en Torres Vázquez, 2010), y (b) la creada por la División Contra el Terrorismo del Gobierno de los Estados Unidos, en la que se señala que:

El terrorismo es el uso ilegal de la fuerza o la violencia contra personas o propiedades para intimidar o coaccionar a un gobierno, a la población civil o

a cualquier otro segmento similar, para la promoción de objetivos políticos o sociales. (Counterterrorism Threat Assessment and Warning Unit, 1999, p. 4)

También Moreno Pérez (2016) cita otras definiciones de organismos importantes como la incluida en el informe final del Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio creado en 2004 por las Naciones Unidas, y la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el primero se conceptualizaba el terrorismo como:

Cualquier acto, además de los actos ya especificados en los convenios y convenciones vigentes sobre determinados aspectos del terrorismo, los Convenios de Ginebra y la resolución 1566 (2004) del Consejo de Seguridad, destinado a causar la muerte o lesiones corporales graves a un civil o a un no combatiente, cuando el propósito de dicho acto, por su naturaleza o contexto, sea intimidar a una población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o abstenerse de hacerlo. (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004, p. 54)

Con relación a la definición planteada por la OMS, en la misma se incluye el concepto de terrorismo dentro de la definición de violencia colectiva, ya que señala a esta última como “el uso de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales” (OMS, 2002, p. 6, citado en Moreno Pérez, 2016).

Además de las definiciones creadas por diferentes organismos, hay que considerar el hecho de que la literatura científica también ha aportado otras definiciones sobre el terrorismo y sus consecuencias psicopatológicas. Para Finkelhor (2007) los actos terroristas presentan un enorme potencial traumatogénico debido a las variables que interactúan en la situación, como son la malevolencia del acto, el sentimiento de traición por parte de otro ser humano, la injusticia del acto en sí mismo y el hecho que lo acontecido vaya en contra de las normas

morales socialmente establecidas. Pereda (2012) señala que los actos terroristas combinan dos amenazas para el individuo que generan profundos sentimientos de inseguridad y terror. En primer lugar, son actos de violencia intencionada y dirigida hacia la comunidad, con los consecuentes daños que pueda generar. Al mismo tiempo, se trata de una violencia de carácter brusco e inesperado y que puede acontecer en cualquier momento, por lo que puede afectar tanto las personas que se encuentran físicamente presentes en el atentado, como a la comunidad más amplia en la que se produce éste (Pine, Costello y Masten, 2005, citado en Pereda, 2012).

De este modo, como evento traumático, el terrorismo puede suponer la ruptura de esquemas básicos de la persona en el área de la seguridad y la confianza y, por “contagio,” una afectación de todo el entorno socio/familiar de la persona. Según Echeburúa, de Corral y Amor (2004), el proceso general de victimización lleva a la víctima a determinados sesgos cognitivos, con relación al mundo (la consideración de que el mundo es maligno, que carece de sentido y que la gente no es honrada) y con relación a uno mismo (que uno mismo no tiene dignidad). De este modo, se genera en la víctima una desconfianza total hacia el mundo que les rodea.

Pereda (2012), basándose en los trabajos de Hills (2002), resume algunos de los elementos que definen al terrorismo como son:

El terrorismo utiliza la violencia como método para influir, persuadir o intimidar, pretendiendo extenderse más allá de los directamente afectados; las víctimas son seleccionadas por su máximo valor propagandístico, ya sea por su relevancia en el grupo social contra el que el grupo terrorista actúa (*focused terrorism*) o por ser individuos no relacionados directamente con sus intereses (*indiscriminate terrorism*); se usan tácticas militares no convencionales, como los ataques por sorpresa (*sneak attacks*) o la selección específica de objetivos inocentes, como son niños y niñas; finalmente, los miembros de los grupos terroristas presentan una absoluta lealtad a su

organización, que les lleva a no plantearse las consecuencias de sus actos o a justificarlos como necesarios. (Pereda, 2012, p. 14)

También en la literatura científica, Neria, Gross y Marshall (2006) definen el terrorismo como una guerra psicológica, comparándola con los conflictos militares convencionales. Para estos autores, el terrorismo tiene la intención de inducir miedo y disminuir la sensación de seguridad (Neria et al., 2006).

Moreno Pérez (2016) señala la importancia del hecho de que todas las definiciones aportadas por los diferentes organismos e instituciones tienen en común la importancia concedida al término terror. En cambio, plantea esta autora, otras definiciones han hecho mención a las organizaciones o grupos terroristas, más que al propio concepto en sí mismo, tal y como ocurre, por ejemplo, con la definición de terrorismo de la Unión Europea. Por otro lado, continúa aclarando la autora, algunas definiciones definen el terrorismo por los objetivos que pretenden, mientras que otras en cambio lo definen sobre la base de las consecuencias dañinas que generan en las personas o en su entorno, siendo también varias las definiciones que engloban ambos aspectos.

En medio de todo el panorama descrito, esta falta de consenso por los diferentes organismos e instituciones y grupos investigadores en la definición del terrorismo ha impedido que las Naciones Unidas (ONU) hayan podido aprobar una definición del terrorismo. Lo anterior se ha convertido en un obstáculo para que las Naciones Unidas puedan declarar que el terrorismo jamás será una táctica aceptable, aún en defensa de las causas más nobles (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004). No obstante, se han producido algunos pasos de avance en esta dirección. Un primer avance tuvo lugar en marzo de 2005 cuando Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas y Premio Nobel de la Paz, en su informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas, hacía un llamamiento para adoptar con urgencia una definición de terrorismo, declarando que un acto de terrorismo es:

Toda acción cuyo objetivo sea causar la muerte o graves daños físicos a civiles o no combatientes, cuando dicha acción tenga, por su índole o contexto, el propósito de intimidar a la población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a hacer o no hacer algo (...). (Secretario General de las Naciones Unidas, 2005, p. 64)

Un segundo paso decisivo se produce cuando, en septiembre de 2005, durante la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas, se aprobó una declaración de condena enérgica del terrorismo: “Condenamos enérgicamente en todas sus formas y manifestaciones, independientemente de quién lo cometa y de dónde y con qué propósitos, puesto que constituye una de las amenazas más graves para la paz y la seguridad internacionales” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2005, p. 24).

En resumen de todo lo hasta aquí planteado, la mayoría de las definiciones señalan que se trata de un fenómeno que busca, con un fin político, religioso, o ideológico, infundir terror, crear una alarma social e intimidar a la población, aprovechando la influencia de los medios de difusión masiva. Según Moreno Pérez (2016) esto se consigue:

A través de una violencia premeditada o intencionada que afecta a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física de las personas. Por todo ello, y porque se trata de una amenaza a nivel mundial, es necesario crear una definición consensuada de terrorismo que facilite la labor de las organizaciones internacionales y el establecimiento de posturas y de políticas mundiales comunes contra el mismo. (Moreno Pérez, 2016, p. 42)

### **1.3 Consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas**

Centrándonos en las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, hay que decir que después de un hecho de este tipo pueden aparecer una gran variedad de síntomas

psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables. En los últimos 15-20 años ha crecido considerablemente la literatura científica dedicada a los estudios que han evaluado la presencia y el tratamiento de trastornos psicológicos diagnosticables, más que en la mera presencia o tratamiento de síntomas psicológicos. Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006) plantean que el problema es que estos últimos pueden representar únicamente las respuestas emocionales intensas que forman parte del proceso de recuperación normal de las personas ante un acontecimiento traumático (citado en García-Vera y Sanz, 2016). Por tanto, estos últimos autores dejan claro, en su revisión de 2016, que los resultados de esos estudios aseguran en gran medida que las alteraciones psicológicas que se detectan en las personas que han sufrido un atentado terrorista son clínicamente significativas, y que están provocando un deterioro significativo en áreas importantes de actividad de la persona (social, laboral, etc.).

Sin embargo, García-Vera y Sanz (2011) mencionan que se han estudiado de una manera prioritaria las personas afectadas por estos sucesos en los atentados cometidos en países desarrollados y, especialmente, aquellos que han ocurrido en los últimos 25 años en Estados Unidos de América, Europa Occidental (España, Francia, Irlanda y Reino Unido) e Israel, en los que ha habido un número considerable de muertos y heridos. Por tanto, la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo y su tratamiento está sesgada hacia los atentados terroristas que se han producido en países desarrollados y presenta problemas para generalizar sus hallazgos a los actos terroristas que ocurren en los países menos desarrollados, los cuales representan el porcentaje más importante de este gravísimo problema (García-Vera y Sanz, 2011). En este sentido, la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas fue impulsada de manera notable a raíz de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC. García-Vera y Sanz (2016) citan el hecho de que:

Actualmente el corpus de conocimiento empírico sobre los problemas de salud mental en adultos causados específicamente por el terrorismo y sobre su tratamiento ha permitido la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas al respecto como, por ejemplo, las de DiMaggio y Galea (2006), García-Vera y Sanz (2016) y Gutiérrez Camacho (2015) sobre el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la de DiMaggio, Galea y Li (2009) sobre el abuso de sustancias, las de García-Vera y Sanz (2010) y Gutiérrez Camacho (2015) sobre los trastornos depresivos y de ansiedad, la de Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) sobre el trastorno depresivo mayor (TDM) y la de García-Vera et al. (2015) sobre el tratamiento de esos trastornos psicológicos. (García-Vera y Sanz, 2016, p. 2)

Sobre la base de estos estudios, García-Vera y Sanz (2016), establecen varias conclusiones que, a continuación, se detallan:

***1.) Con relación al número de víctimas adultas que desarrollarán trastornos psicológicos***

Después de un atentado terrorista el porcentaje de víctimas que no presentan dicho trastorno es mayor que el que sí lo hacen, de tal manera que se puede estimar que entre un 60% y un 80% de las víctimas directas no desarrollarán trastorno de estrés postraumático o TEPT (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015). No obstante, aclaran los autores, un porcentaje muy importante de las víctimas adultas desarrollarán trastornos psicológicos. En el caso del TEPT, las revisiones indican que un 18-40% de las víctimas directas desarrollarán dicho trastorno (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), porcentajes que superan con creces la prevalencia del TEPT en la población general. Sobre la base de esto se estima que la prevalencia del TEPT en las víctimas directas multiplicaría por 36-80 su prevalencia anual en la población general española, por 5-11 en la estadounidense y por 20-44 en la europea.

## **2.) *Con relación a los tipos de trastorno psicológico más frecuentes***

El trastorno psicológico más frecuente tras un atentado terrorista es el TEPT, pero las víctimas pueden presentar una gran variedad de trastornos psicológicos diagnosticables, de manera que los siguientes más frecuentes son, por este orden, el trastorno depresivo mayor o TDM (con una prevalencia media del aproximadamente 20-30%; García-Vera y Sanz, 2010; Gutiérrez Camacho 2015; Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea, 2011), los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada (con una prevalencia media del 7%) y el trastorno de angustia-agorafobia (6%) (García-Vera y Sanz, 2010), y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. La prevalencia del abuso de alcohol en todo tipo de víctimas del terrorismo sería del 7,3% (DiMaggio, Galea y Li, 2009). Los porcentajes de víctimas que mostrarán estos otros trastornos estarán muy por encima de su prevalencia en la población general, llegando incluso a multiplicar por 5 o 10 dicha prevalencia.

Otro problema que recogen García-Vera y Sanz (2016) en su revisión es el de la elevada comorbilidad entre el TEPT y otros trastornos mentales como, por ejemplo, el TDM, lo cual es importante para el pronóstico y el tratamiento, ya que dicha comorbilidad se asocia con una mayor gravedad sintomatológica, un mayor deterioro en el funcionamiento cotidiano y un curso más crónico de los síntomas y del deterioro (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; Shalev et al., 1979). En dicha revisión se hace referencia al estudio de Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2004) donde se encontró, de 1 a 3 meses después de los atentados, que el TEPT y el TDM afectaban al 36% y al 31%, respectivamente, de las víctimas, pero que casi el 19% presentaban simultáneamente ambos trastornos, de manera que más de la mitad de las víctimas que presentaban TEPT sufrían también de TDM.

Por último, dentro de las consecuencias psicopatológicas comórbidas en las personas que han perdido a un ser querido en atentados terroristas se encuentran los componentes traumáticos. En este caso hablaríamos de duelos traumáticos, en los que profundizaremos más



adelante en el marco de la presente investigación, debido a la composición de la muestra del estudio.

**3.) *Con relación los tipos de víctimas que se verán más afectadas***

Los trastornos psicológicos pueden aparecer tanto en víctimas directas como indirectas. Si la prevalencia media del TEPT entre las víctimas directas es del 18- 40%, dicha prevalencia es aproximadamente del 29% entre los familiares de fallecidos y heridos, del 4-11% entre los residentes de las zonas o ciudades afectadas y del 6-12% entre el personal de emergencias, rescate y recuperación (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015). En todas las víctimas la prevalencia del TEPT estará por encima de su prevalencia en la población general (0,5%, 3,5% y 0,9% de respectivamente, España, EE. UU. y Europa), aunque la prevalencia será más alta entre las víctimas directas y los familiares de los fallecidos e heridos que entre el personal de emergencias, rescate y recuperación o entre las personas de las zonas o ciudades afectadas.

**4.) *Con relación al curso más probable de esos trastornos***

Se plantea que después de un año desde los atentados, sus repercusiones psicopatológicas habrán disminuido considerablemente en los residentes de las zonas o ciudades afectadas y en el personal de emergencias, rescate y recuperación. En este sentido, los resultados de la revisión de García-Vera y Sanz (2016) encontraron una reducción importante en la frecuencia del TEPT a los 6-9 meses de los atentados del 11-M, tanto entre los residentes de Madrid como entre el personal de emergencias y asistencia; siendo el porcentaje de personas con TEPT en esos dos grupos de víctimas similar al de su prevalencia en la población general española. Sin embargo, parece que esta reducción no se da mucho en los heridos por los atentados ni en los familiares de los heridos o fallecidos, encontrándose resultados contradictorios en las investigaciones. Por ejemplo, los autores señalan que, en un estudio, se confirmó la reducción en la frecuencia del TEPT (de 28,2% a 15,4%), mientras que en otro no se observó ninguna reducción significativa en la frecuencia del TEPT (de 34% a 31,3%). En este sentido, García-Vera, Sanz y Gutiérrez

(2016) señalan la importancia de tener en cuenta también la posible existencia de casos de retraso en la aparición del TEPT, mencionando revisiones de estudios donde se llegó a la conclusión de que el comienzo retardado del TEPT era una condición muy rara, pero que el TEPT retardado que representa una exacerbación de los síntomas anteriores se encontró en promedio en el 38,2% del personal militar de combate con TEPT y en el 15,3% de la población civil con TEPT (Andrews, Brewin, Philpott y Stewart, 2007, citado en García-Vera et al., 2016). En relación con el curso de los trastornos depresivos y de ansiedad en las víctimas del terrorismo sucede algo parecido que con el TEPT. Por ejemplo, García-Vera y Sanz (2010) mencionan el hecho de que los estudios longitudinales realizados con las víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M han revelado que, a los 6-9 meses de los atentados, se había producido una reducción muy importante en la frecuencia del TDM entre los residentes madrileños (de 8% a 2,5%) y el personal de emergencias y asistencia (de 2% a 0%), mientras que dicha reducción era menor entre los familiares de fallecidos y heridos (de 31,2% a 15,2%) y aún menor en las víctimas heridas (de 28,6% a 22,7%).

Por lo tanto, García Vera y Sanz (2016) concluyen que, incluso a muy largo plazo (después de 5, 10 o 20 años desde los atentados), habrá un porcentaje muy importante de víctimas directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos. Estos autores mencionan una revisión de los estudios realizados con víctimas directas, entre 1 y 10 años después de haber sufrido los atentados terroristas, donde se ha encontrado que casi el 28% de dichas víctimas padecían TEPT y un 10% TDM (Gutiérrez Camacho, 2015), porcentajes que, aún siendo menores que los que se encuentran entre un mes y un año después de los atentados (41% y 24%, respectivamente), representan porcentajes muy superiores a los de la población general de España (0,5% para el TEPT y casi un 4% para el TDM; Haro et al., 2006) o de Europa (0,9% para el TEPT y 3,9% para el TDM) (The ESEMeDMHEDEA 2000 Investigators, 2004; citados en García-Vera y Sanz, 2016). Sobre la base de estos resultados, García Vera y Sanz (2016) concluyen que:

Tras un atentado terrorista, tanto las víctimas directas como indirectas (y entre estas últimas, especialmente los familiares directos de los fallecidos y heridos en atentados), necesitarán un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo. (García-Vera y Sanz, 2016, p. 7)

Asimismo, recomiendan que sus conclusiones debieran tenerse en cuenta en los procedimientos de evaluación, intervención y tratamiento que se pongan en marcha con las víctimas del terrorismo.

#### **1.4 Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos en víctimas del terrorismo**

Hasta hace apenas 12 años las recomendaciones sobre qué tratamientos se debían aplicar con las víctimas de terrorismo estaban basadas en la literatura sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en personas que habían experimentado otros tipos de acontecimientos traumáticos, como veteranos de guerra, refugiados o supervivientes de accidentes de tráfico, víctimas de violencia física o de abusos sexuales o violación. Esto se debía a que no existía casi ningún estudio empírico publicado sobre el tratamiento específico del TEPT en víctimas de atentados terroristas (García Vera et al., 2015).

Sobre la base de esta literatura empírica existente, estos autores señalan que fue posible realizar numerosas revisiones metaanalíticas de estudios experimentales con grupo de control que ofrecieron conclusiones sólidas sobre los tratamientos que gozaban de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007, 2013; Bisson y Andrew, 2007; Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005; NICE, 2005; citados en García-Vera et al., 2015). Teniendo en cuenta toda esta literatura,

distintas sociedades científicas y paneles de consenso de expertos elaboraron guías de práctica clínica que son bastante coincidentes en sus recomendaciones terapéuticas.

En la revisión de García-Vera et al. (2015) se deja claro que, según esa literatura empírica y esas guías de tratamiento y de práctica clínica, los tratamientos con mayor aval empírico son actualmente: las terapias de exposición, las terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma, el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inoculación de estrés) y la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares o EMDR. Por lo tanto, se sugiere que tales terapias psicológicas deben considerarse los tratamientos de elección para el TEPT, por encima de otras terapias psicológicas con cierta popularidad (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007, 2013; Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007; NICE, 2005; NIMH, 2002).

Sin embargo, con relación al tratamiento más adecuado para los trastornos psicológicos presentes en las víctimas del terrorismo, García-Vera y Sanz (2016) recomiendan la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT), que se ha mostrado eficaz y útil en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT y de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos trastornos a muy largo plazo (15-25 años después de los atentados):

Los resultados de la revisión de García-Vera et al. (2015) sugieren que la TCC-CT sería la alternativa terapéutica de elección para las víctimas de terrorismo que sufren de TEPT, al menos mientras no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, mientras no existan estudios sobre la eficacia específica en víctimas de terrorismo de las otras terapias psicológicas que sí se han mostrado eficaces para el TEPT derivado de otros acontecimientos traumáticos (entrenamiento en control de la ansiedad y EMDR), y, por supuesto, por encima de otras terapias psicológicas o farmacológicas que no

solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de terrorismo, sino que carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT producido por otras situaciones traumáticas o son menos eficaces para el mismo. (García-Vera y Sanz, 2016, p. 6)

En este sentido, García-Vera y Sanz (2016) mencionan los resultados de tres estudios empíricos realizados recientemente por la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación Víctimas del Terrorismo (Cobos Redondo, 2016; Gesteira Santos, 2016; Moreno Pérez, 2016) y en los cuales se evaluó, con víctimas de todo tipo de atentados terroristas en España, la eficacia y utilidad clínica de un programa de TCC-CT de 16 sesiones basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa, Hembree y Rothbaum (2007), pero a la que se habían añadido técnicas cognitivas para dicho trastorno así como otras técnicas cognitivas y cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos depresivo mayor y de ansiedad que suelen sufrir las víctimas de manera comórbida con el TEPT o de forma aislada. En estos estudios se corroboró que la TCC-CT es eficaz y clínicamente útil para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM o trastornos de ansiedad a muy largo plazo (una media de 18-20 años después de haber sufrido el atentado). Estos trastornos, como ya se ha dicho en el marco de la presente investigación, los pueden sufrir las víctimas de terrorismo de forma aislada o concomitante. La eficacia y efectividad de estos tratamientos fue corroborada no solo a corto plazo (en el postratamiento y en un seguimiento a un mes) y a medio plazo (en seguimientos a 3 y 6 meses), sino también a largo plazo (en un seguimiento a un año), de manera que mantiene sus beneficios terapéuticos al menos hasta un año después de su aplicación (p. ej., véase el estudio de Cobos Redondo, 2016).

Consideramos importante añadir en este estudio la perspectiva neuropsicológica para entender los cambios producidos por las terapias cognitivo-conductuales sobre el SNC y que podría explicar el éxito de dichos tratamientos. En las últimas décadas, la investigación

neurobiológica ha avanzado en nuestra comprensión del TEPT y de la depresión, estudiándose que la red de control cognitivo fronto-parietal puede verse afectada (Brown et al., 2014; Dichter et al., 2015; Fonzo et al., 2010; Johnstone et al., 2007; Lanius et al., 2010; Matthews et al., 2008; Oathes et al., 2015; citados en Shou et al., 2017).

Con relación a las bases neuropsicológicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) individual en la disminución de la sintomatología de TEPT, depresiva y de ansiedad se sabe, a partir de una revisión reciente de dichas bases para la TCC para la ansiedad y los trastornos relacionados, incluyendo el TEPT, que, aunque la ansiedad y cada uno de los trastornos relacionados están mediados por circuitos neurales algo diferentes, este tipo de terapia podía actuar de manera similar para aumentar el control prefrontal de las estructuras subcorticales, destacando su valor para potenciar la regulación emocional (Brooks y Stein, 2015). En conjunción con este hallazgo, un metaanálisis sobre los cambios neuropsicológicos relacionados con el tratamiento del TEPT destacó que, en una serie de estudios, se habían hallado aumentos en la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral después de la psicoterapia (Thomaes et al., 2014), indicando que la actividad de esta zona se normalizaría con el tratamiento. Igualmente, en estudios de TCC individual para la depresión se han encontrado resultados similares (p. ej., Siegle, Thompson, Carter, Steinhauer y Thase, 2007). En un estudio publicado este año, Shou et al. (2017) encontraron, de forma similar, que la TCC se asociaba con una mayor conectividad funcional entre la amígdala y la corteza frontoparietal en el TDM y el TEPT. Este tipo de datos indicaría que la aplicación de la terapia psicológica individual y sus efectos terapéuticos se vincularían con la puesta en marcha de mecanismos neurales *top-down* (de arriba a abajo) de regulación de las emociones (Brooks y Stein, 2015; Franklin, Carson y Welch, 2016), para lo cual sería esencial el restablecimiento de la red de control cognitivo fronto-parietal que en pacientes con TEPT, depresión y ansiedad podría verse afectada.

En una revisión más específica sobre los efectos de la TCC-CT y de la terapia de EMDR sobre el SNC (Zantvoord, Diehle y Lindauer 2013), los estudios mostraron que, tras la terapia cognitiva centrada en el trauma, la actividad en la corteza prefrontal media aumentó mientras que la actividad en la amígdala disminuyó. Los cambios constatados a nivel cerebral correlacionaron con la disminución de los síntomas de TEPT. De esta forma, el éxito en el tratamiento haría disminuir la actividad fisiológica hacia las señales asociadas al trauma, al mismo tiempo que disminuiría la sensibilidad hacia los estímulos aversivos. Según esta investigación, estos cambios neurobiológicos se relacionarían más con la TCC-CT, ya que no se encontraron correlatos neurobiológicos específicos para la terapia de EMDR.

Sobre la base de lo anterior, parece que la TCC provoca cambios funcionales en el SNC, siendo su blanco neural la corteza prefrontal, estructura cerebral que aumenta la inhibición amigdalina y, de este modo, contribuiría a una mayor regulación emocional y a una disminución de la reactividad al estrés. No obstante, según Franklin et al. (2016), queda aún por investigar algunos de los mecanismos neuropsicológicos a través de los cuales la TCC es eficaz. Por ejemplo, desde una perspectiva neuropsicológica no se ha estudiado lo suficiente como se producen estos cambios en el contexto de una relación terapéutica.

### **1.5 El tratamiento farmacológico en las víctimas del terrorismo**

Si bien es cierto que la mayoría de las guías clínicas recomiendan algún tipo de terapia psicológica centrada en el trauma como primera alternativa de tratamiento para las personas que han vivido una situación traumática, la terapia farmacológica también ha sido considerada una alternativa de tratamiento, aunque en el caso del TEPT, según la guía que se consulte, es recomendada como una de las primeras opciones de tratamiento (American Psychiatric Association, 2004; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010), como la segunda (NICE, 2005), como la tercera (ACPMH, 2013) e, incluso, como la cuarta (Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007) (todas las referencias citadas en Gesteira Santos, 2016). Según las revisiones

de Stein, Ipser, y Seedat (2006), los psicofármacos que cuentan con un mayor aval científico para el tratamiento del TEPT son los antidepresivos. En primer lugar, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la primera línea de intervención psicofarmacológica en las guías de buena práctica clínica (American Psychiatric Association, 2004; ACPMH, 2013; NICE, 2005; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010). La segunda línea de tratamiento psicofarmacológico recomendada es el uso de otros antidepresivos, sobre todo los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamino oxidasa o IMAOS (Baker et al., 1995; Davidson et al., 1990; Davidson, Baldwin et al., 2006; Davidson, Rothbaum et al., 2006; Katz et al., 1994; Kosten, Frank, Dan, McDougle y Giller, 1991). Aunque, según Stein et al. (2006), los IMAOS han mostrado también resultados negativos.

Todos estos antidepresivos, a pesar de presentar principios activos y mecanismos de acción diferentes, convergen en un efecto común, que radica en un incremento significativo de las monoaminas (serotonina, dopamina y noradrenalina) (Heerlein, 2002, citado en Martino, 2014). Aunque este autor menciona también la existencia de antidepresivos no monoaminérgicos, con mecanismos muy selectivos, que podrían también contribuir a mejorar el tratamiento de padecimientos como el estrés crónico, la ansiedad y la depresión. Entre tales antidepresivos no monoaminérgicos se pueden mencionar a los antagonistas del receptor de CRF, del receptor de melatonina y del receptor de glucocorticoides (Baldwin y Thompson, 2003; Caro, 2006; citados en Martino, 2014). El último fármaco referido actuaría impidiendo directamente la síntesis de cortisol.

Los grupos de antidepresivos se mostrarían eficaces en el control de la hiperactivación del estrés postraumático, en la disminución de la recurrencia de los recuerdos intrusivos de los acontecimientos traumáticos y en las respuestas de evitación a los mismos, incluyendo el embotamiento afectivo (Escalona, Canive, Calais y Davidson, 2002; Hageman, Andersen y Jørgensen, 2001; Penava, Otto, Pollack y Rosenbaum, 1997).

Como se sabe, de acuerdo a la mayoría de las investigaciones, la depresión y el TEPT presentan una elevada comorbilidad y dichas investigaciones también indicarían que los



antidepresivos serían efectivos para ambas condiciones (Mingote, Machón, Isla, Perris y Nieto, 2001).

Además de los antidepresivos, otras sustancias que se están sometiendo a estudio en la actualidad son los estabilizadores del estado de ánimo, los anticonvulsivos, los beta bloqueantes y los alfabloqueadores, aunque ninguno de ellos cuenta con el aval científico necesario hoy en día para ser considerado un tratamiento de primera línea para el TEPT (ACPMH, 2013).

Por otra parte, las guías clínicas de tratamiento de las personas afectadas por una situación traumática siguen recomendando el uso de medicación para tratar síntomas agudos de hiperactivación fisiológica (los problemas del sueño y algunos síntomas de re-experimentación como las pesadillas), pero cuidando que el uso de hipnóticos, en general, se dé solamente a corto plazo. Los ansiolíticos como, por ejemplo, las benzodiacepinas, actúan en la reducción de los síntomas de hiperactivación, aunque su eficacia para tratar los síntomas del TEPT no ha sido bien establecida (Gelpin, Bonne, Peri, Brandes y Shalev, 1996; Mellman, Bustamante, David y Fins, 2002; citados en Gesteira Santos, 2016). Además, su uso y abuso ha sido debatido en la literatura, ya que parece que podrían producir dependencia y/o incrementar los síntomas de TEPT a raíz de su discontinuación (López Vantour, Aroche Arzuaga, Bestard Romero y Ocaña Fontela, 2010). Si bien es cierto, que para algunos de esos autores el uso de benzodiacepinas podría ser útil cuando se combina con el de los ISRS.

En el estudio de la acción farmacológica de los antidepresivos (IMAO, tricíclicos, ISRS), la hipótesis monoaminérgica comenzó a resultar simplista en el intento de explicar *per se* la etiopatogenia de los trastornos depresivos y del TEPT. En su lugar, la hipótesis de la neuroplasticidad fue ganando lugar. En la actualidad, hay datos que indican que las personas depresivas y con TEPT presentan alteraciones estructurales y funcionales claves para el procesamiento neurobiológico del estrés, en estructuras como el hipocampo y la corteza prefrontal (Sapolsky, 2000, citado en Martino, 2014). Así, se ha estudiado que en este tipo de pacientes la red de control cognitivo fronto-parietal podría verse afectada, registrándose una disminución de la

capacidad plástica neural, fenómeno vinculado a la hipercortisolemia del estrés crónico. De hecho, en estadios iniciales del estrés crónico, parece que se produce una hipertrofia amigdalina y, contrariamente, una hipotrofia hipocampal y de la corteza prefrontal. En este contexto cerebral dichas estructuras no lograrían modular, inhibir o competir con la actividad de la amígdala y, por lo tanto, se incrementa la reactividad al estrés. La situación en cuestión conlleva a que el organismo sostenga una secreción de niveles elevados de cortisol (hipercortisolemia), comenzando a afectar variados sistemas de mediación química, como el serotoninérgico, noradrenérgico, dopaminérgico e inclusive el eje neuroendocrino hipotálamo-hipófiso-tiroideo (HPT) (Martino, 2014).

En esta línea, el tratamiento a través de antidepresivos ha demostrado inducir cambios moleculares y celulares en el tejido nervioso, provocando un incremento de la neuroplasticidad. A su vez, este aumento en la neuroplasticidad contribuiría a restablecer el equilibrio en la actividad del eje HPA, volviendo a la persona menos reactiva al estrés.

En definitiva, según el modelo de DeRubeis, Siegle y Hollon (2008), los efectos terapéuticos de los antidepresivos son, en gran parte, el resultado de su capacidad para incrementar la plasticidad cerebral, pudiendo restituir estructural y funcionalmente áreas cerebrales clave en el procesamiento neurobiológico del estrés, consiguiendo estos efectos a través de una vía neurobiológica *bottom-up* (de abajo arriba). En este sentido, el blanco neural de los antidepresivos serían inicialmente las estructuras límbicas, especialmente el hipocampo.

En una revisión reciente de la literatura realizada por Ma (2015) con respecto a los mecanismos neuropsicológicos de acción de los medicamentos antidepresivos, se señala que estos actúan para normalizar las respuestas anormales del SNC en los pacientes deprimidos, aumentando la actividad cerebral a estímulos positivos y disminuyendo la actividad a estímulos negativos en la red emocional, y aumentando el mecanismo regulador en la corteza prefrontal dorsolateral, señalando que los datos sugieren que estos medicamentos consiguen sus efectos a través de una vía neurobiológica *bottom-up* (de abajo arriba).

En cuanto a la agresividad/impulsividad, Ramírez (2006) cita diversos estudios que identifican la existencia en el cerebro de diversos engranajes dedicados a modular el equilibrio entre activación e inhibición de la agresión mediante sustancias químicas muy variadas (Avis, 1974; Leshner, 1978; Krsiak, Sulkova, Donat, Dlohozkova, Kosar, Masek, 1981; Skolnick, Reed, Paul, 1985; Eichelman, 1987).

Las anormalidades en la serotonina es el hallazgo mejor documentado en relación con la impulsividad y la agresividad. Los agentes que mejoran la actividad serotoninérgica revierten la conducta agresiva e inhiben la agresividad, ya sea espontánea o inducida. La eficacia anti-impulsiva ha sido demostrada en una variedad de medicamentos, pero los más específicos son los anticonvulsivantes, los ISRS y el litio (Ramírez, 2006). En la agresividad influyen también las hormonas del eje hipófiso-suprarrenal: la corteza suprarrenal, mediante la corticosterona y la ACTH, al estimular la secreción de cortisol, y la médula suprarrenal mediante dos catecolaminas, la adrenalina y la noradrenalina.

En el abanico de fármacos para el tratamiento de la irritabilidad se encuentran las benzodiacepinas. Por ejemplo, el lorazepam y el oxazepam se usan de forma frecuente en el manejo de la agitación, pero, aunque son seguros cuando se utilizan a dosis bajas, cuando se aumenta la dosis son comunes los efectos secundarios. Además, si se usan durante tiempo prologando, es probable que aparezca tolerancia y dependencia del fármaco (López Vantour et al., 2010).

En general, para el tratamiento del TEPT y sus comorbilidades la American Psychiatric Association (2004) recomienda combinar el tratamiento psicológico con el psicofarmacológico, en caso de que alguno de ellos no funcione según lo esperado. Pero otras guías son más específicas cuando sugieren reconsiderar la intervención psicológica (ACPMH, 2013; NICE, 2005; citados en Moreno Pérez, 2016) y/o incrementar las dosis, cambiar de antidepresivo o añadir otros psicofármacos como los antipsicóticos coadyuvantes (VA/DoD, 2010).

Aunque toda la literatura científica mencionada anteriormente sugiere que la utilización de psicofármacos tiene algún lugar en el tratamiento de las víctimas de acontecimientos traumáticos, es importante señalar que, hasta ahora, no existe ningún estudio que haya demostrado la eficacia o efectividad de cualquier psicofármaco en el tratamiento específico de las víctimas de atentados terroristas. Efectivamente, en la revisión sistemática de García-Vera et al. (2015) no se encontró ningún estudio publicado que hubiese analizado la eficacia o utilidad clínica de cualquier tipo de tratamiento farmacológico en víctimas adultas de terrorismo que presentasen trastornos psicológicos, salvo un estudio que analizaba la eficacia para el TEPT de la combinación de terapia de exposición prolongada con un fármaco ISRS, paroxetina, frente a la utilización de la terapia de exposición prolongada con un fármaco placebo (Schneier et al., 2012).

Por tanto, aunque existe una abundante investigación empírica sobre la eficacia y utilidad clínica de varias terapias farmacológicas para los trastornos psicológicos que pueden padecer las víctimas de muy diversos acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, para el TEPT en veteranos de guerra, víctimas de agresiones sexuales o víctimas de violencia doméstica, no parece que exista hasta la fecha ningún estudio publicado que haya analizado la eficacia o utilidad clínica de los psicofármacos en solitario para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM o trastornos de ansiedad. Es más, los resultados terapéuticos encontrados por Schneier et al. (2012) en víctimas del terrorismo para la combinación de terapia de exposición prolongada y paroxetina, aunque fueron significativamente mejores que para la combinación de terapia de exposición prolongada y fármaco placebo, fueron inferiores a los obtenidos como media en los estudios que habían utilizado TCC-CT para víctimas del terrorismo con TEPT:

En el postratamiento, tan solo el 17% de las víctimas con TEPT que habían recibido terapia de exposición con un fármaco placebo mejoraron clínicamente, porcentaje que se elevaba al 42% cuando dicha terapia se combinaba con paroxetina, pero que aun así era inferior a las tasas de mejoría

clínica que se encontraron entre los pacientes con TEPT que habían recibido terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y que oscilaban entre 33% y 69%, con una media de 57,4%. (García-Vera et al., 2015, p. 236)

De hecho, ese resultado tan sorprendente sobre la utilización combinada de terapia de exposición prolongada y paroxetina (mejor que la terapia de exposición prolongada con fármaco placebo, pero peor que la TCC-CT en solitario), se une a una literatura científica confusa sobre la superioridad o no de la combinación de psicofármacos y terapias psicológicas. Así, a pesar de que existen resultados positivos de la combinación de fármacos y terapia psicológica, sobre todo, en el caso de la sertralina, la paroxetina y la TCC-CT (Otto et al., 2003, citado en Gesteira Santos, 2016; Schneier et al., 2012), hay que considerar que la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir psicofármacos a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar solamente psicoterapia, ni para el TEPT ni para los trastornos de ansiedad. Solo para la fobia social y el TDM las investigaciones han arrojado resultados positivos (Huhn et al., 2014, citado en Moreno Pérez, 2016), aunque no concluyentes. Estudios recientes también sugieren, a pesar de cierto debate sobre el tema, que la TCC es tan eficaz como los fármacos antidepresivos para el tratamiento del TDM, pero con efectos positivos más duraderos en el tiempo que estos últimos (Hollon et al., 2014, McMain et al., 2015, Weitz et al., 2015; citados en Shou et al., 2017).

## 1.6 Conclusiones

El número de personas afectadas por el terrorismo, en las últimas décadas, nos señalan que este se ha convertido en un grave problema mundial. Aunque no existe un consenso entre los diferentes organismos e instituciones en la definición de terrorismo, la mayoría de las definiciones señalan que se trata de un fenómeno que busca, con un fin político, religioso o ideológico, infundir terror, crear una alarma social e intimidar a la población, aprovechando la influencia de los medios de comunicación masiva. Según Moreno Pérez (2016) esto se

consigue a través de la acción de la violencia premeditada, afectando a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física de las personas. En base a lo anterior, se evidencia la necesidad de contar con una definición consensuada de terrorismo que permita el establecimiento de posturas y de políticas mundiales comunes contra el mismo por parte de las organizaciones internacionales.

El terrorismo combina dos amenazas para el individuo que generan profundos sentimientos de inseguridad y terror, y que permiten diferenciarlo de otros acontecimientos de violencia interpersonal. En primer lugar, son actos de violencia intencionada y dirigida hacia la comunidad, con los consecuentes daños que pueda generar. Al mismo tiempo, se trata de una violencia al azar, inesperada y que puede acontecer en cualquier momento, por lo que puede afectarle no solo a la persona sino a su familia (Pine, et al., 2005, citado en Pereda, 2012). Por consiguiente, puede afectar tanto las personas que se encuentran físicamente presentes en el atentado como a la comunidad más amplia en la que se produce dicho atentado.

De este modo, como evento traumático, el terrorismo sería percibido por la persona como un suceso negativo, vivido de forma brusca que llevaría a la indefensión, pondría en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejaría a la víctima en una situación emocional negativa en la que estarían mermadas sus capacidades de afrontamiento con los recursos psicológicos habituales. Este tipo de hechos violentos puede suponer la ruptura de esquemas básicos de la persona en el área de la seguridad y la confianza y, por “contagio”, una afectación de todo el entorno socio/familiar de la persona. Así, según Echeburúa, de Corral y Amor (2004), el proceso general de victimización lleva a la víctima a determinados sesgos cognitivos con relación al mundo (la consideración de que el mundo es maligno, que carece de sentido y que la gente no es honrada) y con relación a uno mismo (que uno no tiene dignidad). El resultado es que se genera una desconfianza total hacia el mundo que rodea a la víctima.

Por todo lo anterior, el terrorismo es un fenómeno con consecuencias sociales, políticas, económicas, filosóficas, jurídicas y psicológicas que requiere la intervención de diferentes

disciplinas. De ahí que desde la Psicología se haya convertido en objeto de estudio, durante los últimos 15 a 20 años, la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, aunque esta está sesgada hacia los atentados terroristas que se han producido en países desarrollados y presenta problemas para generalizar sus resultados a los actos terroristas que ocurren en los países menos desarrollados, los cuales representan el porcentaje más significativo del problema (García-Vera y Sanz, 2011). En este sentido, mencionan estos autores, la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas fue impulsada de manera notable a raíz de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC.

García-Vera y Sanz (2016) citan varias revisiones narrativas y metaanalíticas sobre los problemas de salud mental en adultos, asociados al terrorismo, y sobre el tratamiento de los mismos; por ejemplo, sobre el trastorno por estrés postraumático ( DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), el abuso de sustancias (DiMaggio et al., 2009); los trastornos depresivos y de ansiedad (García-Vera y Sanz, 2010; Gutiérrez Camacho, 2015); el trastorno depresivo mayor (Salguero et al., 2011) y sobre el tratamiento de esos trastornos psicológicos (García-Vera et al., 2015).

Los resultados de estos estudios evidencian que, al igual que con otras situaciones traumáticas, después de un ataque terrorista pueden surgir una gran variedad de síntomas psicológicos y trastornos mentales diagnosticables, siendo el más común el TEPT. En el caso del TEPT, las revisiones indican que un 18-40% de las víctimas directas desarrollarán dicho trastorno (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), porcentajes que superan con creces la prevalencia del TEPT en la población general. Aunque si bien es cierto que, después de un atentado terrorista, el porcentaje de víctimas que no presentan dicho trastorno es mayor que el que sí lo hacen, de tal manera que se puede estimar que un 60-80% de las víctimas directas no desarrollarán TEPT (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y

Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015) y conseguirán superar la situación con sus recursos psicológicos habituales.

Además del TEPT, como consecuencia de los actos terroristas pueden aparecer otra serie trastornos mentales como el TDM, los trastornos de ansiedad (especialmente el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia por agorafobia) y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. Los porcentajes de víctimas que mostrarán esos otros trastornos estarán muy por encima de su prevalencia en la población general, llegando incluso a multiplicar por 5 o 10 dicha prevalencia (García-Vera y Sanz, 2016).

Otro problema que se recoge en la literatura científica es el de la elevada comorbilidad entre el TEPT y otros trastornos mentales, por ejemplo, el TDM, lo cual es importante para el pronóstico y el tratamiento, ya que se asocia a una mayor gravedad sintomatológica, mayor deterioro en el funcionamiento cotidiano y un curso más crónico de los síntomas y del deterioro (Kessler et al., 2005; Shalev et al., 1998).

Con relación a los tipos de víctimas que se verán más afectadas, se sabe que los trastornos psicológicos pueden aparecer tanto en víctimas directas como indirectas, entre las que incluimos los familiares de fallecidos y heridos, los residentes de las zonas o ciudades afectadas y el personal de emergencias, rescate y recuperación. En todas las víctimas, la prevalencia del TEPT estará por encima de su prevalencia en la población general, aunque la prevalencia será más alta entre las víctimas directas y los familiares de los fallecidos e heridos que entre el personal de emergencias, rescate y recuperación o entre las personas de las zonas o ciudades afectadas (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015).

Es muy importante tener en cuenta cuál será el curso de estos trastornos. Se sabe que, con el paso del tiempo, se puede esperar una reducción significativa en el número de personas afectadas por el TEPT; sin embargo, esta reducción no es la misma en todos los tipos de víctimas ni sigue el mismo curso (García-Vera y Sanz, 2016). Como bien plantean estos autores, la reducción es más evidente en las personas de la población general de las



comunidades afectadas y en el personal de emergencia y rescate, y es relativamente menos o más lento en el caso de los heridos y de sus amigos y familiares o en los de las víctimas mortales. Otro problema añadido es la posible existencia de casos de retraso en la aparición del TEPT, es decir, los casos en los que al menos 6 meses han pasado entre los ataques y la aparición de los síntomas de TEPT, según los criterios del DSM -IV-TR.

En relación con el curso de los trastornos depresivos y de ansiedad en las víctimas del terrorismo sucede algo parecido. Por ejemplo, los estudios longitudinales realizados con las víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M han revelado que, a los 6-9 meses de los atentados, se había producido una reducción muy importante en la frecuencia del TDM entre los residentes madrileños y el personal de emergencias y asistencia, mientras que dicha reducción era menor entre los familiares de fallecidos y heridos y, aún menor, en las víctimas heridas (García-Vera y Sanz, 2010).

Tomando en cuenta todo lo anterior, García-Vera y Sanz (2016) concluyen que, incluso a muy largo plazo (después de 5, 10 o 20 años desde los atentados), habrá un porcentaje muy importante de víctimas directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos, cuya prevalencia será muy superior a la de la población general de España.

Un problema que señalan García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) es el hecho de que, en los últimos 15 años, el concepto de resiliencia se ha incrementado notablemente dando lugar a una abundante literatura científica. La resiliencia significa adaptabilidad, resistencia o capacidad de recuperación a las situaciones adversas y potencialmente traumáticas, citando a Hoge, Austin y Pollack (2007) y Southwick, Douglas-Palumberi y Pietrzak (2014). La expansión de este concepto de resiliencia ha provocado que muchos profesionales, científicos, gestores y políticos desde el área de la salud mental y forense centren su atención en las expectativas de recuperación natural de que la mayoría de las personas afectadas por esta situación (Foa et al., 2005, citado en García-Vera et al., 2016).

García-Vera et al. (2016) plantean que esta situación pueda conducir a un grave peligro: la posible cronificación de estos problemas, debido a que los tratamientos psicológicos adecuados no se administren a las personas que lo necesitan o que tarden demasiado tiempo antes de ser aplicados a estos pacientes. Por consiguiente, estos autores señalan que tanto las víctimas directas como indirectas de los atentados terroristas y, especialmente los familiares directos de los fallecidos y heridos, “necesitarán un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo” (p. 7). Asimismo recomiendan que sus conclusiones debieran tenerse en cuenta en los procedimientos de evaluación, intervención y tratamiento que se pongan en marcha con las víctimas del terrorismo.

García-Vera et al. (2016) insisten en que tal atención psicológica debe tener en cuenta la situación particular de cada víctima o grupo de víctimas y proponen la necesidad de establecer diversos objetivos para facilitar que los procesos de recuperación transcurran con normalidad, entre los cuales se encuentran: promover la resiliencia y capacidad de adaptación, aliviar o reducir los síntomas psicológicos, y mejorar el funcionamiento general de estas personas. Con relación a las actividades de seguimiento, estos autores insisten en que deberían llevarse a cabo con todos los grupos de alto riesgo (por ejemplo, las personas que presentan un trastorno de estrés agudo u otros síntomas clínicamente significativos como consecuencia de los ataques; los familiares de los fallecidos en estos actos; las personas con antecedentes psicopatológicos previos; las víctimas que necesitaron atención médica o quirúrgica, y las personas con un grado alto de exposición a los ataques o una exposición de larga duración (National Institute of Mental Health, 2002 citado en García-Vera et al., 2016).

En la línea de determinar el tratamiento más adecuado para los trastornos psicológicos presentes en las víctimas del terrorismo, García-Vera y Sanz (2016) recomiendan la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), que se ha mostrado eficaz y útil en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT y de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos

trastornos a muy largo plazo (15-25 años después de los atentados). En este sentido, estos autores mencionan en su revisión del 2016, los resultados de tres estudio empíricos realizados recientemente por la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación Víctimas del Terrorismo o AVT (Cobos Redondo, 2016; Gesteira Santos, 2016; Moreno Pérez, 2016). La eficacia y efectividad de estos tratamientos fue corroborada no sólo a corto plazo (postratamiento y seguimientos a un mes) y medio plazo (seguimientos a 3 y 6 meses), sino también a largo plazo (seguimientos a un año), de manera que mantiene sus beneficios terapéuticos al menos hasta un año después de su aplicación.

Pero, además, si bien es cierto que las guías de práctica clínica recomiendan algún tipo de terapia psicológica centrada en el trauma como primera alternativa de tratamiento para las personas que han vivido una situación traumática, también es cierto que la terapia farmacológica ha sido considerada asimismo una alternativa de tratamiento, aunque en el caso del TEPT, según la guía de buena práctica clínica que se consulte, sea recomendada desde una de las primeras opciones de tratamiento hasta incluso la cuarta opción de tratamiento. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la primera línea de intervención psicofarmacológica para el TEPT y la depresión. Al parecer, según el modelo de DeRubeis et al. (2008), los antidepresivos podrían restituir estructural y funcionalmente áreas cerebrales claves en el procesamiento neurobiológico del estrés, consiguiendo estos efectos a través de una vía neurobiológica *bottom-up* (de abajo arriba). Investigaciones posteriores confirman que la evidencia apunta en esta dirección (Ma, 2015).

Por último, a pesar de que existen resultados positivos de la combinación de fármacos y terapia psicológica, la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir psicofármacos a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar solamente psicoterapia, ni para el TEPT ni para los trastornos de ansiedad. Solo para la fobia social y el trastorno depresivo (Huhn et al., 2014 citado en Moreno Pérez, 2016) las investigaciones han arrojado resultados positivos. Con relación al tratamiento del TDM, estudios recientes también

sugieren que la TCC es tan eficaz como los fármacos antidepresivos, pero con beneficios terapéuticos más duraderos en el tiempo (Hollon et al., 2014, McMain et al., 2015, Weitz et al., 2015; citados en Shou et al., 2017).

Sin embargo, se hace necesario seguir avanzando en el conocimiento existente sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para víctimas del terrorismo y seguir mejorando la asistencia a las víctimas, tal y como se especifica en la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Esto implica dar respuesta no solo a las consecuencias psicopatológicas individuales de los atentados terroristas, sino también atender a otros posibles problemas que presenten como, por ejemplo, los problemas de relación de pareja.

Esta consideración se puede establecer sobre la base de tres razones:

**La primera** de ellas tiene que ver con que los problemas de relación de pareja tienen una prevalencia relativamente alta tanto en estudios epidemiológicos comunitarios como en la investigación con muestras de personas que buscan ayuda en servicios de salud mental.

**La segunda** es que los problemas de relación de pareja pueden estar relacionados con las repercusiones psicopatológicas individuales presentes en víctimas del terrorismo, cuya asociación ha sido reconocida en la literatura científica, estableciéndose círculos dañinos que refuerzan dicha sintomatología.

**La tercera** es que los problemas de relación de pareja tienen la relevancia clínica suficiente para que su tratamiento se convierta en objeto de estudio de la Psicología, dado su conocido impacto sobre la salud física y mental de los miembros de la pareja y de su descendencia.

Estas consideraciones se desarrollarán en los próximos capítulos.



## **Capítulo 2.**

# **Los problemas de relación de pareja**



## **2. Los problemas de relación de pareja**

### **2.1 Introducción**

Aunque el deseo de tener una relación de pareja es tan profundo que algunos investigadores han argumentado que refleja un imperativo evolutivo, las dificultades en las relaciones de pareja tienen una alta prevalencia en los países desarrollados y las rupturas de pareja son un fenómeno común en estos países para las parejas casadas y, aún más, más para las parejas que cohabitan que presentan más problemas en sus relaciones (Hayes, Weston, Qu y Gray, 2010). Esta última modalidad de convivencia merece atención especial pues, cada vez más, es una opción elegida por las parejas en los países occidentales (Weston y Hayes, 2012, citado en Haldford y Snyder, 2012). Así, la disminución del número de matrimonios es un hecho que se viene observando en el mundo desarrollado (Organization of Economic Cooperation and Development [OECD], 2014).

El hallazgo de que los problemas de relación de pareja tienen una prevalencia relativamente alta ha sido encontrado tanto en estudios epidemiológicos comunitarios como en la investigación con muestras individuales de tratamiento. Haldford y Snyder (2012) citan varios ejemplos de esta situación. Uno de ellos tiene que ver con que, en una encuesta nacional en los Estados Unidos de América, la causa más frecuente del malestar emocional fueron los problemas de relación, incluyendo el divorcio, la separación y otros problemas maritales (Swindle, Heller, Pescosolido y Kikuzawa, 2000). Otro ejemplo hace referencia a un estudio en el que se derivaron 800 asistentes a programas laborales y en el que el 65% de los problemas familiares eran valorados como “considerables” o “extremos” (Shumway, Wampler, Dersch y Arredondo, 2004).

Los resultados de otras investigaciones señalan que las personas con conflictos maritales están sobrerrepresentados entre las personas que buscan servicios de salud mental, independientemente de si informan que los problemas de relación de pareja son su principal



motivo de consulta (Lin, Goering, Offord, Campbell y Boyle, 1996, citado en Foran, Whisman y Beach, 2015).

Este auge de los problemas de relación va unido a los cambios culturales importantes en el último medio siglo, que han tenido un impacto importante en las expectativas de las personas que se comprometen a largo plazo. Se espera de estas relaciones comprometidas que sean “la principal fuente de intimidad, de apoyo y de compañía adulta, y un contexto facilitador para el crecimiento personal” (Gurman, 2015, p. 1) además de las clásicas aspiraciones de mantener la viabilidad económica de la familia y tener hijos. Este mismo autor cita varios de estos cambios culturales: las reformas de la ley de divorcio, el crecimiento del poder económico y político de las mujeres de lo que se ha hecho eco el movimiento feminista, las actitudes más liberales sobre la expresión sexual y las relaciones del mismo sexo, y el aumento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos ligado a la disminución del número de hijos por hogares.

España no está exenta de este problema. Las estadísticas muestran como, en los últimos años, se apreció un incremento importante en las tasas de divorcio posiblemente asociada a la modificación, en el año 2005, de la Ley que regula el divorcio, entre otros factores. Cáceres (2012) señala las repercusiones que el divorcio o la separación tienen para los miembros de una expareja en el ámbito social, educativo, personal e incluso clínico.

Sin embargo, en España las tasas de divorcios están experimentando un descenso en los últimos años. Pero hay que tener en cuenta que las tasas de divorcio subestiman las tasas de ruptura de la relación porque, como hemos dicho, en la mayoría de los países occidentales la convivencia de pareja es ahora una forma común de relación de las parejas comprometidas.

En nuestro país, los cambios importantes que han afectado la vida en pareja se relacionan con la incorporación paulatina de la mujer al trabajo en los últimos 50 años, que ha generado peticiones de igualdad en las relaciones de pareja y, como ya se ha dicho, la modificación, en el año 2005, de la Ley que regula el divorcio. Éste último hecho ha contribuido a que el divorcio sea vivido como una salida para muchas parejas con problemas de relación.

La importancia de los problemas de relación de pareja justifica el hecho de que desde la Psicología se les haya prestado una atención cada vez mayor. Durante los últimos 19 años, la base científica para la comprensión de estos problemas, de cómo las relaciones tienen éxito o fracasan, y las asociaciones entre los problemas de relación y las dificultades individuales han crecido considerablemente (Johnson y Lebow, 2000). Levow, Chambers, Christensen y Johnson (2012) citan algunas de estas líneas de investigación: el apego (Whiffen, 2003), el amor (Berscheid, 2010), el romance (Marston, Hecht, Manke, McDaniel y Reeder, 1998), las atribuciones (Fincham, Reis y Rusbult, 2004), la emoción (Hawkins, Carrere y Gottman, 2002), la sexualidad (Bodenmann, Ledermann y Bradbury, 2007), el perdón (Fincham y Beach, 2003), la neurociencia (Fishbane, 2007), la hostilidad (Rogge, Bradbury et al., 2006), el conflicto (Bradbury, Rogge y Lawrence, 2001), y los intercambios en la pareja (Klein, Izquierdo y Bradbury, 2007).

El consenso al que se ha llegado en dar más importancia a los problemas de relación de pareja refleja un reconocimiento de que conseguir un matrimonio satisfactorio, a largo plazo, es una de las metas más importantes de la vida. En España, el estudio de opinión pública llevado a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS; Barómetro Junio, 2013, citado en Cuenca, 2013), pone de manifiesto que un 48% de un total de 2.481 encuestados mayores de 18 años consideraba muy importante estar satisfecho en la relación de pareja y un 25.1% consideraba muy importante tener una relación de pareja para ser feliz. Sin embargo, como hemos señalado, los problemas de relación de pareja tienen una prevalencia relativamente alta. La relevancia clínica de estos problemas será abordada en el presente capítulo.

## **2.2 Definición y conceptualización de los problemas de relación de pareja**

Los problemas de relación de pareja aparecen codificados en los principales sistemas diagnósticos: CIE (Clasificación internacional de enfermedades) y DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

En la CIE 10, en el capítulo XXI, se hace referencia a los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud. Específicamente, dentro del código Z-63 (otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares) encontramos la etiqueta específica: Z63.0: Problemas en la relación entre esposos o pareja.

En la versión actual del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se recogen los problemas de pareja bajo el código “(Z63.0) V61.1 Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja”. En este sentido, en el DSM-5 se indica que:

Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en abordar la calidad de la relación de pareja (cónyuge o no), o cuando la calidad de dicha relación afecte al curso, al pronóstico o al tratamiento de un trastorno mental o médico. Las parejas pueden ser de igual o distinto sexo. Habitualmente un problema de la relación va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Entre los ejemplos de problemas conductuales cabe citar la dificultad para la resolución de conflictos, el abandono y la intromisión excesiva. Los problemas cognitivos se puede manifestar como atribuciones negativas constantes a las intenciones del otro o rechazo de los comportamientos positivos de la pareja. Los problemas afectivos pueden ser tristeza, apatía o rabia crónicas contra el otro miembro de una relación. (American Psychiatric Association, 2013, p. 716)

Tabla 1. Criterios del DSM-5 para los problemas de relación de pareja (Foran et al., 2015, p. 53)

Definición	Criterios
<p>DSM-5 código: V61.1 o (CIE-10, Z63.0)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [Problemática] Calidad de la relación íntima (cónyuge o pareja) o</li> <li>• La calidad problemática de la relación está afectando el curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno médico mental u otro.</li> </ul>	<p>Deterioro en dominios conductuales, cognitivos o afectivos.</p> <p><i>Ejemplos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los problemas de conducta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad en la resolución de conflictos</li> <li>- Evitación de la pareja</li> <li>- Sobreimplicación</li> </ul> </li> <li>• Los problemas cognitivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atribuciones negativas crónicas de las intenciones de la pareja.</li> <li>- Desaprobación crónica de comportamientos positivos de la pareja</li> </ul> </li> <li>• Los problemas afectivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza crónica, apatía y/o la ira de la pareja.</li> </ul> </li> </ul>

Tanto en el DSM-IV-R como en el DSM-5, los problemas de pareja se incluyen en la sección de código V denominado "Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica" (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Las condiciones listadas en el código V no se consideran trastornos mentales, pero se incluyen debido a su relevancia clínica.

Debido a que este problema tiene una prevalencia relativamente alta y que su detección es importante para la planificación del tratamiento en el contexto de una serie de problemas adultos e infantiles, se hace necesario que los médicos tengan algunas directrices para su identificación de manera fiable (Foran et al., 2015). El DSM-5 ha dado un paso importante en esta dirección mediante la ampliación de la descripción de los problemas de relación con relación al DSM-IV-R.

En el DSM-5 se observa, explícitamente, que los códigos V se pueden utilizar ya sea cuando el problema es el "foco de atención clínica" o si se piensa que pueden "afectar al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente".

Otro cambio producido, plantean Foran et al. (2015), tiene que ver con el nivel de detalle en la descripción de los problemas de relación de la pareja. En el DSM-IV, los criterios eran

más bien pobres, señalando que la interacción entre cónyuges o parejas se caracteriza por la comunicación negativa (por ejemplo, las críticas), la comunicación distorsionada (por ejemplo, las expectativas poco realistas), o no comunicación (por ejemplo, la evitación). En el DSM-5, hay una definición más amplia de ejemplos (p. 52).

En este sentido, señalan Foran et al. (2015), en dicho manual se tienen en cuenta las definiciones más consensuadas utilizadas por los investigadores de relaciones de pareja y se crea una mayor correspondencia con los instrumentos de evaluación utilizados (véase Snyder, Heyman y Haynes, 2005). Otra cuestión importante a tener en cuenta es la especificación, en la nueva versión del DSM-5, de que este código se puede utilizar tanto para las parejas heterosexuales como homosexuales. Por último, los criterios del DSM-5 difieren de los criterios propuestos anteriormente en que se han eliminado algunas declaraciones que tienden a ser culturalmente específicas relacionados con "pensamientos de divorcio / separación" y "necesidad percibida de ayuda profesional."

Foran et al. (2015) señalan el hecho de que una versión anterior de los criterios incluidos en el DSM-5 fue descrito por Heyman et al. (2009). La justificación de los criterios se describe, según Foran et al., en el estudio de Beach, Whisman, Snyder y Heyman (2013).

### **2.3 Problemas más frecuentes en las parejas**

Cada uno de los enfoques de terapia de pareja basados en la evidencia que abordaremos en el próximo capítulo tiene su propia manera de describir los patrones de relación típicos y otros factores que diferencian el funcionamiento sano de las parejas frente a las parejas disfuncionales (Gurman, 2015).

Si bien es cierto esto, Lebow et al. (2012) plantean que los métodos basados en la evidencia parecen estar avanzando hacia una cierta convergencia sobre los objetivos del enfoque, planteando la necesidad de cambiar el pensamiento, las emociones y las conductas que originan a las parejas problemas en sus relaciones. En este sentido, se hace necesario

intervenir sobre los aspectos más importantes que influyen en la calidad de la relación de pareja y que tenemos que tomarlos en cuenta a la hora de plantearnos los objetivos de la terapia de pareja y que son los siguientes: los patrones relacionales que presentan, las habilidades de comunicación y negociación, las expectativas o creencias que tienen los acerca de su relación, los aspectos afectivos y la sexualidad. Por último, no puede olvidarse la influencia del contexto en el que la pareja se ve inmersa.

### **2.3.1 Patrones disfuncionales de relación en las parejas**

En el área conductual, es importante entender que las parejas pueden verse inmersas en patrones relacionales disfuncionales de tipo circular. Christensen, Dimidjian y Martell (2015) señalan el hecho de que quizás todos los enfoques para la terapia de pareja concuerdan en que las parejas típicamente vienen a la terapia sumidos en patrones de interacción interpersonal indeseables o destructivos, como patrones de ataque mutuo, ataque-defensa, ataque-retirada, o retirada mutua; éste último asociado a una evitación crónica del conflicto.

Por ejemplo, Christensen y Heavey (1990, 1993), Christensen (1987, 1988), Sullaway y Christensen (1983; todos citados en Baucom, Epstein, LaTaillade y Kirby, 2008) encontraron que un significativo número de parejas con dificultades presentan un patrón de interacción en el que uno de los miembros exige un cambio de conductas y persigue al otro para la interacción, mientras que el otro miembro se retira. Este patrón ha sido denominado por estos autores afrontar/huir. El afrontamiento ocurre cuando una persona culpa, acusa, critica, o exige el cambio de su pareja (le demanda un cambio). En respuesta, la otra persona evita, no responde, no dice nada, o se niega a discutir el tema (huye). El comportamiento de cada miembro de la pareja se entiende tanto como antecedente y una consecuencia del comportamiento de la otra pareja: cuanto más demanda un miembro, más el otro se retira y viceversa (Baucom, McFarland y Christensen, 2010, citado en Baucom et al., 2011). En este sentido, esta secuencia

interpersonal del afrontamiento/huida puede ser una secuencia alternativa relevante para la comprensión de los problemas de relación de pareja.

Knobloch-Fedders et al. (2014) citan las investigaciones que asocian los comportamientos exigentes y de evitación con una variedad de indicadores que señalan un deficiente nivel de ajuste tanto individual, como de pareja; por ejemplo la hostilidad en la pareja y la agresión (Holtzworth-Munroe, Smutzler y Stuart, 1998; Sagrestano, Heavey y Christensen, 1999), la insatisfacción en la relación (Baucom, McFarland y Christensen, 2010; Christensen, Eldridge, Catta-Preta, Lim y Santagata, 2006; Eldridge, Sevier, Jones, Atkins y Christensen, 2007; McGinn, McFarland y Christensen, 2009), el divorcio (Christensen y Shenk, 1991), la emoción negativa (Papp, Kouros y Cummings, 2009), pensamientos e hiperexcitación intrusivos (Malis y Roloff, 2006). Knobloch-Fedders et al señalan que, aunque el afrontamiento/huida se correlaciona con la negatividad y positividad global, el análisis factorial sugiere que el afrontamiento/huida es una construcción distinta que predice la calidad de relación sobre el comportamiento negativo (por ejemplo, expresar la ira y la crítica) y el comportamiento positivo (por ejemplo, expresando amor o cumplidos; Caughlin y Huston, 2002).

Las investigaciones sobre las diferencias de género relacionados con el afrontamiento/huida han obtenido resultados mixtos. Los hallazgos de los estudios indican que las mujeres son más propensas a estar en el papel exigente y los hombres en el papel de retirarse. Estos papeles a menudo reflejan las diferencias de poder y de género en estilos deseados de la intimidad, porque las mujeres tienden a estar más orientadas hacia el logro de la intimidad que los varones (Prager y Buhrmester, 1998, citado en Baucom et al., 2008).

Sin embargo, en el estudio realizado por Knobloch-Fedders et al. (2014) las mujeres eran propensas a seguir las demandas de los hombres, ya sea con la retirada o con la sumisión, pero los hombres tienden a responder a las demandas de las mujeres que utilizan otros tipos de comportamientos.

En este último estudio, el comportamiento exigente y receptivo y el comportamiento sumiso de uno de los miembros de la pareja se asociaron negativamente con la calidad de la relación. Por consiguiente, los autores señalan que los problemas en la relación están marcados por luchas por el poder y el control. Parece que, incluso, aceptar las diferencias de poder conduce al malestar de uno o ambos cónyuges. Knobloch-Fedders et al. (2014) relacionan sus hallazgos con resultados previos que vinculan los comportamientos de afrontamiento/huida a la calidad de la relación (por ejemplo, citan las investigaciones de Christensen et al., 2006; Eldridge et al., 2007; Papp et al., 2009). La persona que se enfrenta a demandas y responde, ya sea con la retirada o la sumisión, tiene más riesgo para la calidad en la relación que el que exige el cambio en la pareja. En este sentido, señalan los autores, el patrón de comunicación demanda/retirada en las relaciones está asociado a insatisfacción marital (Caughlin, 2002; Noller, Feeney, Bonnell y Callan, 1994, citado en Knobloch-Fedders et al., 2014).

Knobloch-Fedders et al. (2014) concluyen que la observación de las parejas en las secuencias de afrontamiento/huida debe impulsar a los terapeutas para explorar posibles desequilibrios de poder, las preferencias diferenciales de cercanía o distancia, o problemas con la igualdad, la equidad, o la toma de decisiones.

### **2.3.2 Déficits en las habilidades de comunicación**

En el ámbito de las relaciones de pareja, los problemas en la comunicación han sido considerados tradicionalmente como el factor más determinante para el área de pareja, a pesar de que en la actual clasificación de los problemas de relación de pareja, según el DSM-5, se les considera un área muy relevante pero se deja claro que dichos problemas no se pueden reducir solo a esta área. (Véase Snyder, Heyman, y Haynes, 2005, citado en Foran et al., 2015).

La comunicación es uno de los aspectos más relevantes entre las parejas, ya que a través de ella es posible que ambos miembros de la pareja puedan llegar a acuerdos, plantearse objetivos en común, afrontar los momentos de crisis o conflicto y compartir el ocio. Por el



contrario, los déficits en la comunicación pueden facilitar malentendidos y equívocos respecto a emociones transmitidas y otros problemas en la pareja. Estos déficits bloquean también la empatía necesaria en la relación de parejas y, por todo ello, la falta de habilidades en este ámbito contribuye al desarrollo y mantenimiento de los problemas y, en última instancia, a la insatisfacción en la relación.

Entre los aspectos más importantes dentro de la comunicación de pareja están: expresar emociones, transmitir afectos, reconocer conductas adecuadas del otro, acordar objetivos y metas, fijar límites, expresar y recibir quejas etc. Para lograr una mejor comunicación existen ciertos recursos que se necesitan desarrollar como la congruencia, la expresividad afectiva, la comprensión empática, la capacidad para escuchar, la receptividad y la tolerancia (Fernández Rius, 2006, citado en Fernández, Sainz y Labrador, 2015b).

Graña et al. (2011) resumen los tres estilos básicos de comunicación recogidos en la literatura científica:

- 1.) **Estilo agresivo:** caracterizado por intentar conseguir los intereses propios negando los derechos de los demás y sus sentimientos mediante conductas que molestan a la persona (por ejemplo, críticas, insultos, reproches) y que tienden a provocar respuestas defensivas. En la pareja por ejemplo, uno de los miembros puede anteponer sus propios derechos de manera ofensiva o inapropiada pasando por encima de los derechos de su pareja.
- 2.) **Estilo pasivo:** se caracteriza por negar los propios derechos, no mostrando sus intereses o deseos personales y a costa de no respetar los objetivos propios, doblegándose a los de la pareja. En este sentido se produce una evitación de los conflictos.
- 3.) **Estilo asertivo:** Consiste en expresar los propios sentimientos, pensamientos, opiniones de manera directa y honesta, mostrando respeto por los intereses y sentimientos de los demás. Se respetan tanto los derechos de los demás como los propios, con lo que se facilita la comunicación. El estilo asertivo es el más adecuado y el que más favorece a la relación de pareja.

Por último, Fernández et al. (2015b) señalan los problemas más frecuentes que se dan en la comunicación de las parejas:

- Reducción en la frecuencia de la comunicación (...).
- Carencia de las habilidades necesarias para comunicarse en uno o ambos miembros de la pareja (saber escuchar, expresarse en primera persona, no adivinar el pensamiento etc.).
- Mala elección del momento para comunicarse (estar cansado, hacerlo delante de terceras personas, no tener tiempo para trabajar lo planteado).
- Falta de intimidad para tratar algunos temas (por tener a la familia cerca, niños, por trabajo, etc.).
- Abuso de las nuevas tecnologías con su efecto de aislamiento.
- Falta de auto divulgación, expresión de ideas y emociones personales.
- No disponer del contexto adecuado para la comunicación. (pp. 41-42)

Para estos autores, otros comportamientos que pueden afectar negativamente a la comunicación son: etiquetas y generalizaciones excesivas, reproches y acusaciones, quejas y contraquejas, interrupciones en la conversación etc.

### **2.3.3 Déficits en las habilidades de negociación**

La existencia de acuerdos en la pareja es importante para que una relación tenga éxito. También es habitual que aparezcan desacuerdos, por lo que es importante normalizar la aparición de éstos y aprender cómo solucionar de manera positiva los conflictos. Los conflictos pueden ser también una oportunidad para aprender de la que la pareja puede salir fortalecida.

Abbad, de Aragón y Labrador (2015) mencionan los motivos más importantes a considerar en este ámbito:

- 1.) ***Diferentes objetivos vitales***: Un buen indicador de éxito es que aunque existan diferentes objetivos en cada uno de los miembros de la pareja, éstos logren encaminarlos en la misma dirección, aceptando las posibles diferencias.
- 2.) ***Creencias y expectativas sobre la relación de pareja***: Pueden generar disparidades respecto al concepto de relación de pareja y ser una fuente de futuros desacuerdos
- 3.) ***Toma de decisiones***: Pueden llevarse a cabo de diferentes formas en la relación (tomar una decisión sin el consentimiento u opinión del otro miembro, ninguno toma una decisión, cada miembro toma una decisión por su cuenta o ambos toman una decisión de mutuo acuerdo). Aprender a tomar decisiones de manera conjunta es un reto para muchas parejas que, si se consigue, podrá fortalecer su relación.
- 4.) ***Relaciones con los familiares de ambos miembros***: la convivencia con los familiares puede estar dificultadas por problemas en la aceptación por diferentes causas como las desigualdades económicas, ideológicas, políticas, religiosas, el estado civil etc.

Estos mismos autores señalan los problemas más frecuentes en este ámbito de las parejas que tienen que ver con la aparición continua de desacuerdos que aumenta los sentimientos de desesperanza; el anticipar desacuerdos, llevado por experiencias anteriores, que dan lugar a malentendidos, conflictos, problema de comunicación y disminución de la motivación. Por último, también pueden aparecer desacuerdos respecto a ciertos ámbitos o situaciones pueden afectar a otros aspectos de la relación como la convivencia, la sexualidad, la relación con los hijos etc.

### **2.3.4 Expectativas inadecuadas y sesgos cognitivos**

Las ideas de la investigación básica en el procesamiento de información en el campo de la Psicología cognitiva (Baldwin, 2005; Fiske y Taylor, 1991; Fletcher y Fitness, 1996; Noller, Beach y Osgarby, 1997; citados en Baucom et al., 2015) han tenido un impacto significativo en la investigación básica sobre las relaciones de pareja. Por ejemplo, los esquemas relativamente estables que las personas desarrollan sobre la base de experiencias de relaciones pasadas y posteriormente aplican en la comprensión actual de los eventos en su relación de pareja. En este sentido, las expectativas con respecto a las parejas (que se establecen a partir de las creencias) se van formando desde la infancia, siendo para ello de especial importancia los modelos parentales y educativos, las experiencias vividas y, en general, la influencia sociocultural (Datillio, 2005). A su vez, éstas influyen en el comportamiento.

En la pareja, si las expectativas son sesgadas o inadecuadas (lo cual puede obedecer a diferentes causas como experiencias traumáticas con los padres u otras personas de referencia importante, fracasos amorosos previos, aprendizajes de relación inadecuados debido a modelos parentales rígidos o demasiado permisivos o condescendientes etc.), contribuyen a la aparición y mantenimiento de patrones de relación disfuncionales, a la generación de conflictos o a la ruptura de la relación. Por ello, es importante identificar la existencia de expectativas o creencias inadecuadas en la relación de pareja (Epstein y Baucom, 2002). La influencia de las expectativas en una relación se da al comparar lo que una pareja hace, dice, piensa (pareja real) con la representación de cómo debería ser (pareja ideal). De esta forma, las expectativas irreales se darían cuando al realizar dicha comparación, las expectativas de pareja ideal no se correspondan con la pareja real. Esto tendrá una repercusión negativa en la relación provocando insatisfacción (Costa y Serrat, 1982, citado en Conde, Fernández, López y Labrador, 2015).

Otra de las ideas de la Psicología cognitiva, que ha tenido un impacto significativo en la investigación básica sobre las relaciones de pareja, tiene que ver con las atribuciones que los individuos hacen sobre los determinantes de los eventos positivos y negativos en sus relaciones.

La investigación sobre los factores cognitivos ha confirmado repetidamente el papel de atribuciones negativas de la pareja en el nivel de dificultades de la misma (por ejemplo, Noller, Beach y Osgarby, 1997, citado en Dimidjian, Martel y Christensen, 2008). Se trata de atribuciones realizadas en algún momento por uno u otro miembro de la pareja, relativas a la causalidad de las conductas del otro. Este tipo de atribuciones, que suelen aparecer en situaciones de conflicto, no son objetivas sino, a menudo, irracionales, pudiendo llegar a modificar completamente el significado de una conducta (Beese y Stratton, 2004).

Según la Teoría Atribucional de Kelly existen tres aspectos especialmente relevantes a la hora de atribuir la causalidad de los sucesos o eventos: la atribución interna/externa de la persona, la consideración del suceso como estable o inestable y la valoración de la situación como global o específica. En el caso de las parejas disfuncionales, utilizarían atribuciones internas y estables de los eventos negativos y atribuciones externas y situacionales de los eventos positivos (Holtzworth-Munroe, 1989, citado en Conde et al., 2015).

Otro factor, que también influye en cómo hombres y mujeres organizan y procesan la información sobre su relación, es el género. Las mujeres son más propensas que los hombres a participar en el procesamiento esquemático de la relación como circular. Esto significa que tienen en cuenta las contribuciones de ambos miembros de la pareja a los patrones de interacción, mientras que los hombres se centran en los impactos lineales que cada miembro tiene sobre la relación (Baucom, 1999; Rankin, Baucom, Clayton y Daiuto, 1995; Sullivan y Baucom, 2005; citados en Baucom et al., 2008).

Estas diferencias en el procesamiento de la información también se asocian con el ajuste de la relación. Por ejemplo, Sullivan y Baucom (2005) encontraron como un resultado de la aplicación de la terapia Cognitivo-conductual que las mujeres aumentaron su satisfacción con la relación cuando con sus parejas masculinas aprendieron a procesar más en términos de relación.

Por último, otro aspecto cognitivo de gran relevancia en la intervención en las parejas que presentan una relación problemática son las creencias sobre las relaciones o sesgos cognitivos. Se trata de creencias inadecuadas acerca de la relación de pareja y de cómo debería ser. Conde et al. (2015) señalan los sesgos más destacados: inferencia arbitraria o sacar conclusiones sin la evidencia suficiente; abstracción selectiva (resaltar ciertos aspectos negativos de la información ignorando los positivos); sobregeneralización o tomar un incidente aislado como norma permanente; adivinación del pensamiento o del futuro (creencia de poder saber lo que otros están pensando sin que éstos lo comuniquen); magnificación o minimización (atribución a un suceso de una mayor o menor importancia de la que tiene); personalización (atribuir sucesos externos a uno mismo o a la pareja); pensamiento dicotómico (pensamiento polarizado con el que lo que sucede se observa como todo o nada); etiquetación (utilizar los fallos del pasado para referirse a sí mismo y a los demás); visión de túnel (ver aquello que se desea ver o se ajusta a su estado mental actual); y explicación sesgada (pensamiento típico en los momentos de conflicto con el que la persona supone automáticamente que la pareja tiene una razón concreta para actuar de una determinada forma, por ejemplo, en contra del otro).

Conde et al. (2015) parten de la idea de que las expectativas, creencias y atribuciones irrealistas o sesgadas, que generan problemas de relación de pareja, pueden interferir en los intentos de solución de problemas de distintas formas:

- Reduciendo o bloqueando la motivación e implicación en el tratamiento.
- Alterando la planificación de las tareas y bloqueando su realización.
- Facilitando el centrarse de forma continua en el pasado y no en el futuro.
- Provocando la aparición reiterada de conflictos al tratar de reevaluar creencias.
- Favoreciendo el choque de valores o diferencias culturales importantes.
- Generando expectativas negativas respecto a la terapia e insatisfacción en la pareja.
- Comparando de forma sesgada a la pareja con otras personas ajenas a ella (...).

- Desvalorizando el esfuerzo/coste en la pareja frente al esfuerzo/coste de posibles alternativas pasadas, presentes o futuras.
- Provocando la aparición de problemas psicológicos en uno o ambos miembros.

(p. 37)

### **2.3.5 Problemas en el ámbito afectivo**

En la pareja, la transmisión adecuada de los afectos y emociones contribuyen a una mejor calidad de la relación. Por el contrario, la ausencia de vínculos afectivos o una expresión inadecuada de los mismos contribuirá al desarrollo de sensaciones de malestar, falta de aceptación y, en general, problemas de relación (Gottman, 1979).

De esta manera, entre los aspectos a considerar en la relación de pareja se encuentran, por una parte, la manifestación de afectos positivos (tales como gestos de cariño, refuerzo de la pareja y expresión explícita de afecto) y, por la otra, la manifestación de los afectos negativos. Con relación a estos últimos, las parejas en crisis tienden a generar una distancia el uno del otro durante los conflictos. Sus intentos de realizar un contacto íntimo y gratificante generalmente fracasan porque la otra parte parece estar irritada o desinteresada, y los sentimientos negativos se cronifican (Gottman, 2011; Gottman, J., Gottman, J. M. y Silver, N., 1995; citados en Greenman y Johnson, 2013). Según Gottman (2011), las peleas constantes están relacionadas con la escalada de intensidad del afecto negativo durante los conflictos. Las interacciones están determinadas por las críticas reiteradas, las actitudes defensivas, el desprecio y las conductas evasivas que se vuelven evidentes; además de una activación fisiológica elevada en ambos miembros.

En la expresión de los afectos negativos también hay que tener en cuenta que las diferencias de género pueden ser motivo de conflictos en las parejas. Los hombres son más propensos que las mujeres a reprimir las emociones negativas y evitarlas como un medio de hacer frente al malestar. Estas diferencias en el modo de vivir y expresar las emociones pueden

ser vistas como falta de apoyo de los cónyuges, lo que lleva al malestar de los individuos y al estrés en la relación conyugal (Buchi et al., 2009; Moriarty et al. 1996; citados en Song, Floyd, Seltzer, Greenberg y Hong, 2010).

En esta línea, la regulación emocional es un área muy importante para las relaciones de pareja (Butler, 2011; Campos, Walle, Dahl, y Main et al., 2011). La regulación de las emociones en mujeres ha sido reconocida como un predictor de la satisfacción en las relaciones de pareja (Bloch, Levenson y Haase, 2014).

La regulación emocional se refiere a los esfuerzos conscientes y automáticos para modular la propia experiencia emocional y la expresión a través de la influencia ejercida sobre el tipo, el tiempo y la intensidad de las emociones (Mauss, Bunge y Gross, 2007). Se cree que la desregulación emocional es el resultado de un aumento de la impulsividad combinado con la incapacidad de modular las respuestas emocionales (Linehan et al, 1994, Skodol et al, 2002, Lieb et al, 2004, Putnam y Silk, 2005, Conklin et al, 2006, Viviani et al., 2011, Mitchell et al., 2014, Scherpiet et al., 2014, Schmahl et al., 2014, Herpertz y Bertsch, 2015, Van Zutphen et al., 2015, citados en Buchheim et al., 2016).

Los avances de las neurociencias nos han permitido saber que es la corteza prefrontal la encargada de modular la regulación emocional a través de su impacto en la amígdala y el núcleo estriado ventral. Las emociones pueden ser reguladas de modo cognitivo. El modelo de control cognitivo de la emoción, de Ochsner, Silvers y Buhle (2012) explica como los estudios contemporáneos de la literatura de la neurociencia afectiva revelan altos niveles de conectividad y co-activación entre las áreas del cerebro mesolímbico generalmente asociados con la generación de emociones y las áreas prefrontales generalmente asociados con la regulación emocional. Estos avances nos han permitido saber que es la corteza prefrontal la encargada de modular la regulación emocional a través de su impacto en la amígdala y el núcleo estriado ventral, inhibiendo a la amígdala. De esta forma, a medida que la corteza prefrontal se vuelve más activa la actividad de la amígdala disminuye y viceversa. Para



Ochsner et al. (2012). las estrategias de cambio cognitivo como la reestructuración, son un apropiado punto de partida para el desarrollo de su modelo debido a que son, dentro de las estrategias cognitivas más complejas, un modelo de regulación emocional, a través de los cuales la corteza prefrontal se activa. Su objetivo principal es disminuir las emociones negativas, así como aumentar y disminuir emociones. Esto también puede ser fácilmente aplicable a otras estrategias cognitivamente más simples, como la distracción. En esta línea, la corteza prefrontal puede cambiar la representación mental del significado de los estímulos de arriba-abajo (top down) ayudando a la regulación de las emociones negativas.

Existen estudios que han encontrado varios modos de regular las emociones, mediante el incremento de la actividad de la corteza prefrontal y la disminución de la actividad de la amígdala. Dekoven Fishbane (2015) señala los mismos. Uno de esos modos es la reestructuración cognitiva. Otro, es el nombrar y expresar emociones. Por último, estar rodeado de personas con las que tenemos un vínculo emocional estrecho también puede ayudar a regular las emociones socialmente (Beckes y Coan, 2011, citado en Dekoven Fishbane, 2015).

Todos estos avances de la neurociencias se han tratado de aplicar a la terapia de pareja. Por ejemplo, Fishbane (2011, 2014, 2015) recoge las investigaciones del área, planteando la importancia de ofrecer neuroeducación a los pacientes, estimulando la actividad de la corteza prefrontal, disminuyendo la activación de la amígdala que pueden experimentar las parejas cuando ven al otro miembro como fuente de amenaza, fomentando los procesos de la empatía y transmitiendo seguridad en el contexto de la relación terapéutica. Fishbane (2015) explica que cuando el terapeuta de la pareja acepta a ambos miembros con sus vulnerabilidades y sus estructuras defensivas, y mantiene la neutralidad, ellos sienten menos amenaza (su amígdala puede calmarse) y están más abiertos al cambio. Para esta autora la relación terapéutica es necesaria para el cambio terapéutico mediante la terapia de pareja que provoca un cambio en “la revisión límbica” (Lewis, Amini y Lannon, 2000 citado en Fishbane, 2015 p. 698) por lo que supone una transformación profunda.

De cualquier modo, la terapia de pareja será abordada en los capítulos sucesivos de la parte teórica de la presente tesis doctoral, por lo que no profundizamos más al respecto en este apartado.

En resumen, la regulación de las emociones es muy importante para las parejas y sus problemas impactan en la calidad de la relación, al igual que otros problemas en el área afectiva que presenten las mismas.

Fernández, Sainz y Labrador (2015a, pp. 30-31) resumen los problemas más frecuentes en el ámbito afectivo en las parejas:

- Falta de reconocimiento de las propias emociones o de su función.
- Dar por sentados afectos positivos sin ponerlos en evidencia.
- Incapacidad de alguno de los miembros de expresarse, por falta de habilidad.
- Contemplar el compromiso a nivel individual y no de los dos, de la pareja (¿Qué me interesa a mí?).
- Valoración inadecuada y/o ausencia de autocontrol de manejo emocional en situaciones concretas:
  - Celos.
  - Perdón.
  - Manejo del estrés.
  - Manejo de la hostilidad.
  - Desconfianza.
- Incapacidad para mantener una relación con la misma persona sin comunicárselo al otro miembro.
- Deterioro de emociones positivas como consecuencia colateral de otros conflictos no resueltos.

### 2.3.6 Problemas en la sexualidad

Salazar, Suárez y Labrador (2015) señalan los problemas más importantes en este ámbito de las parejas:

- 1.) **Problemas de salud:** (a) Problemas de salud física que pueden afectar a la propia respuesta sexual: problemas cardiovasculares (arterioesclerosis, hipertensión arterial o enfermedad oclusiva aortoiliaca) facilitan la disfunción eréctil; problemas genitourinarios también pueden causar disfunción eréctil o dolor en la actividad sexual; problemas endocrinos pueden alterar el interés sexual, entre otros aspectos. (b) Problemas psicológicos: existen una serie de trastornos que pueden afectar las fases de la respuesta sexual: la depresión, los problemas de ansiedad, las adicciones, los problemas asociados al estrés, los trastornos de la conducta alimentaria, algunos trastornos de personalidad, etc.
- 2.) **Estilo de vida cotidiano:** tanto el deseo sexual como a las propias interacciones sexuales pueden verse afectadas por: sobrecargas en el trabajo, escaso tiempo de ocio, desconfianza hacia otras personas, así como un bajo estado de ánimo.
- 3.) **Uso de drogas o psicofármacos:** Las drogas reductoras de la activación como el alcohol, la marihuana o el hachís limitan las respuestas sexuales pero también pueden reducir inhibiciones y facilitar las relaciones sexuales. Las drogas estimulantes o activadoras facilitan la respuesta sexual aunque su efecto puede ser negativo en personas ya activadas. Las sustancias alucinógenas (LSD, mezcalina etc.) pueden provocar nuevas sensaciones positivas o negativas, pero tienen sólo una relación tangencial con la sexualidad. Las drogas de diseño pueden favorecer la comunicación, pero también bloquear la respuesta sexual. En cuanto a los psicofármacos, los ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos suelen afectar bien al deseo y/o al funcionamiento sexual.
- 4.) **Fluctuaciones en la relación o cambio de etapas:** Las fluctuaciones propias de la vida, como el embarazo, el abandono del hogar de los hijos o pérdida de empleo entre otras

cosas, pueden afectar la relación de pareja. También puede verse afectada por factores personales como el replanteamiento de objetivos vitales, la sobrecarga etc. En estas situaciones, el ámbito de la sexualidad suele pasar a un segundo plano, afectando al deseo e interés sexual, así como a la interacción sexual de la pareja.

- 5.) ***Comunicación y negociación:*** Las relaciones sexuales también se pueden ver afectadas por problemas de comunicación, discusiones y conflictos en la pareja, ya que es difícil transmitir afecto o llevar a cabo conductas de intimidad en estas condiciones. Por ello es importante acordar el tipo de vida sexual que se desea llevar para la estabilidad de la pareja.
- 6.) ***Imagen corporal:*** Para una adecuada sexualidad es necesario un mínimo atracción física y emocional. Una mala imagen de uno mismo o de la pareja conlleva, en ocasiones, malestar que afecta especialmente a la sexualidad debido a la importancia del aspecto físico en las mujeres. Esto puede provocar inseguridad que, a su vez, afectará a la propia interacción (desconfianza, suspicacia, etc.). En estos casos, se recomiendan las intervenciones enfocadas a fortalecer la imagen corporal, mejorar la autoestima y acentuar el cuidado personal.
- 7.) ***Desacuerdos en las prácticas sexuales:*** la insatisfacción respecto a la frecuencia de las interacciones sexuales, la insuficiencia de preliminares, la monotonía etc. puede llevar a quejas en alguno o ambos miembros de la pareja. Puede que haya falta de comunicación aunque, en otros casos, el desacuerdo es manifiesto. Por ello, es importante fomentar la negociación sobre las prácticas sexuales y la comunicación sobre la sexualidad.

### **2.3.7 Problemas en la relación con el entorno**

La influencia de la teoría de los sistemas y modelos ecológicos del funcionamiento de las relaciones (Bronfenbrenner, 1989, citado en Baucom et al., 2008) se ha hecho sentir en el modo en que concebimos una relación de pareja. El entorno suele determinar de manera importante

dicha relación, por lo que un abordaje realista de las relaciones de pareja debe tener en cuenta el entorno, tanto físico como personal y social en el que se desarrollan estas relaciones. Las parejas están influenciadas por estresores ambientales externos, así como por los recursos ambientales disponibles para ayudarlos a conocer sus necesidades personales y las necesidades de la relación (Epstein y Baucom, 2002).

Hutchinson, Montero y Labrador (2015) señalan los factores dentro del entorno que tienen un peso en la dinámica de la relación de pareja y pueden contribuir al mantenimiento o al deterioro de la relación:

- 1.) **Entorno físico:** Dentro de él existen factores como la vivienda, los vecinos o el barrio, así como las relaciones que puedan establecerse con ellos, siendo de importancia disponer de una red de amistades próxima, siempre y cuando se establezcan límites para mantener la intimidad y discreción. Por otro lado, otros aspectos importantes son las características del barrio o zona residencial y su ubicación respecto a las actividades cotidianas que se puedan realizar.
- 2.) **Condiciones económicas:** la escasez de recursos económicos puede ser fuente de conflictos, ya que limita el cumplimiento de expectativas como viajar, actividades, ocio etc. De esta manera, es de especial relevancia cuando existe un desequilibrio entre lo que aporta cada miembro de la pareja.
- 3.) **Condiciones laborales:** El trabajo puede interferir en la relación y la convivencia. Por ejemplo, los horarios anómalos o un excesivo trabajo pueden ser incompatibles con unas mínimas interacciones en la pareja. Por otra parte, si las condiciones laborales suponen diferencias importantes en las oportunidades sociales pueden ser motivo de desconfianza en la pareja.
- 4.) **Relaciones familiares:** Estas pueden ser fuente de tensión o conflicto cuando existen diferencias importantes en la educación, expectativas y gustos que pueden chocar sin el

efecto amortiguador del cariño que se da en la pareja. Así, establecer límites, tanto a la familia como a la pareja, puede generar conflictos.

- 5.) ***Amigos y redes de apoyo:*** Una adecuada red social, tanto a nivel individual como a nivel de pareja, es importante para la relación. Esta red puede funcionar como soporte y apoyo emocional en ciertos momentos. Por el contrario, la falta de esta red impedirá aspectos importantes para la pareja como disfrutar de momentos agradables compartidos o tener otras personas con las que compartir otros puntos de vista en momentos de tensión o de conflicto.
- 6.) ***Cultura y nivel de educación:*** Estos aspectos son importantes ya que si son semejantes en la pareja facilitarán una mejor calidad en la relación en cuanto a gustos, creencias, normas de actuación etc. En cambio, las diferencias culturales pueden ser fuente de conflictos a la hora de tomar decisiones, o bien suponer cambios en las reglas, creencias o roles entre los miembros.

Según Hutchinson et al. (2015), los problemas más frecuentes en este ámbito de las parejas son: la falta de red de apoyo de uno de los miembros, tener una vivienda compartida con la familia política de uno de los miembros, la falta de trabajo y dependencia económica de uno de los miembros o ambos y, por último, un choque de creencias y valores en la convivencia.

## **2.4 Relevancia clínica del tratamiento de los problemas de relación de pareja**

Los problemas de relación de pareja pueden tener efectos negativos sobre el bienestar físico y emocional de ambos miembros de la pareja, así como impactar en todo el sistema familiar.

La relación problemática de pareja se asocia con una mala salud física y con un aumento de la mortalidad (p. ej., Robles, Slatcher, Trombello y McGinn, 2014). Foran et al. (2015) citan

una serie de estudios que evalúan una serie de biomarcadores y condiciones de salud, incluyendo el síndrome metabólico (Whisman y Uebelacker, 2012), las enfermedades cardiovasculares (Smith, Uchino, Berg y Florsheim, 2012), la inflamación (Whisman y Sbarra, 2012), el dolor (Cano, Gillis, Geisser, Heinz y Foran, 2004) y la cicatrización de heridas (Gouin et al., 2010). Foran et al. (2015) nombran, además, investigaciones que documentaron mayores niveles de hormonas del estrés en las parejas insatisfechas y que se divorcian en contraposición a las parejas que están felizmente casados (Shields et al., 2012). Por ejemplo, Kiecolt-Glaser, Bane, Glaser y Pitcheo (2003) encontraron mayores niveles de hormonas de estrés en las parejas que se divorcian insatisfechos que en las parejas felizmente casadas.

Por otra parte, la existencia de problemas de pareja, particularmente una comunicación negativa, tiene efectos nocivos directos sobre el sistema cardiovascular, endocrino, inmune, neurosensorial y otros sistemas fisiológicos que, a su vez, contribuyen a problemas de salud física (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001).

El nivel de conflicto en la pareja también se asocia con una mala salud física. Las parejas con relaciones muy conflictivas no viven tanto tiempo, presentan mayores problemas de salud (Waite y Gallagher, 2000) y utilizan más los servicios de salud (tienen alrededor de un 25% de costos más altos en servicios de salud que las parejas con relaciones satisfactorias).

Foran et al. (2015) resumen los tres mecanismos principales a través de los cuales los problemas de relación de pareja pueden afectar a la salud física y a la progresión de la enfermedad. Estos no son mutuamente excluyentes, ya que pueden explicar aditivamente diferentes componentes de la progresión de la enfermedad. Los mecanismos son:

- 1.) Los problemas de relación de pareja pueden conducir a un aumento de las respuestas al estrés fisiológico (p. ej., los niveles de cortisol, la presión arterial, la frecuencia cardíaca), que pueden afectar el funcionamiento del sistema inmune y otros procesos biológicos (Gouin et al., 2009; Groth, Fehm-Wolfsdorf y Hahlweg, 2000).

- 2.) Las parejas pueden influir positiva o negativamente en la probabilidad de que los pacientes realicen comportamientos importantes para la salud tales como la práctica de ejercicio físico, el seguimiento de las recomendaciones dietéticas, los regímenes de medicación, la utilización de los servicios o la asistencia a las citas médicas (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001).
- 3.) Los problemas de relación pueden conducir a un mayor riesgo de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, que también pueden afectar a las respuestas al estrés y al funcionamiento del sistema inmunológico. Hay que tener en cuenta que esta asociación es bidireccional; los problemas de salud física y mental también afectan a la calidad de la relación y al comportamiento de ambos miembros de la pareja (Baucom, Porter, Kirby y Hudepohl, 2012; Dávila et al., 2003; Hammen, 1991; Kiecolt-Glaser et al., 2005).

Con relación a la asociación entre los problemas en las relaciones íntimas y la salud mental, esta asociación se ha observado en muchos países y culturas, lo cual también ha sido señalado por Foran et al. (2015) al referenciar, por ejemplo, los trabajos de Foran, Hahlweg, Kliem y O'Leary (2013), Greenstein y Davis (2006), Hollist, Miller, Falceto y Fernández (2007), Miller et al. (2013) y Overbeek et al. (2006) (todos citados en Foran et al., 2015).

En la última década, se ha acumulado una gran cantidad de trabajos de investigación que sugiere que los problemas en la relación de pareja tienen un papel causal en la generación y mantenimiento de la psicopatología individual (Whisman, Uebelacker y Bruce, 2006). Estos autores encontraron que los problemas maritales se asociaban con una presencia mayor de los grupos generales de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias y también se relacionaban con una presencia mayor de todos los trastornos específicos que forman dichos grupos generales, excepto con el trastorno de pánico. Las asociaciones más fuertes obtenidas fueron entre el conflicto matrimonial y el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada.



En general, hay una considerable literatura científica que ha encontrado en muestras comunitarias que las parejas con problemas se ven afectadas por una amplia gama de trastornos psicológicos. Por ejemplo, en una muestra comunitaria seleccionada de la población de Ontario, el 24,5% de las personas con habían sufrido un trastorno psicológico en los últimos 12 meses informó de relaciones problemáticas con su cónyuge en comparación con el 8,9% de las personas sin un trastorno psicológico (Goering, Lin, Campbell, Boyle y Offord, 1996). En un nuevo análisis de estos datos, se encontró que, en comparación con la existencia de relaciones problemáticas con parientes o amigos, no llevarse bien con el cónyuge estaba más fuertemente asociado con la presencia de trastornos psiquiátricos (Whisman, Sheldon y Goering, 2000).

También se ha establecido que ciertos eventos experimentados como humillantes, como la infidelidad y la separación, a menudo conducen a la ansiedad y a la depresión y viceversa (Cano y O’Leary, 2000). Como ya hemos señalado, la relación entre la presencia de diagnósticos del Eje I y del Eje II y la presencia de problemas de relación es circular: cada uno genera al otro.

Hammen (1991), con su modelo de generación de estrés, ofrece un modelo heurístico general que ilustra la forma en que los problemas de relación de pareja pueden llegar a estar conectados a varios problemas de salud mental, generando círculos viciosos de interacción. Por consiguiente, los síntomas de salud mental pueden influir en la relación de pareja que, a su vez, puede conducir a una acumulación de tensión adicional y, en última instancia, al mantenimiento y/o la exacerbación de los síntomas.

Para extender y ampliar el proceso de generación de estrés, resultan particularmente importante tanto el estrés interpersonal, como las dificultades en la relación íntima de pareja, que tienen el potencial de producir una mayor angustia subjetiva que estresores no interpersonales (Frans, Rimmo, Aberg y Fredrikson, 2005). Si tenemos en cuenta el efecto del estrés sobre la salud mental (p. ej., Monroe, 2008), no es de extrañar que los efectos de generación de estrés que implica una relación problemática de pareja puedan desempeñar un

papel importante en la etiología de los problemas de salud mental, así como en la predicción de recaídas en el futuro.

En los siguientes capítulos elaboramos los aspectos de este proceso circular, proporcionando una revisión selectiva de los estudios de investigación sobre la asociación entre los problemas de relación de pareja y la psicopatología que nos resulta de interés en la presente investigación: el TEPT, el duelo complicado, la depresión y los trastornos de ansiedad (por ser la psicopatología más común en víctimas del terrorismo).

Por último, para entender la relevancia clínica de los problemas de relación de pareja no puede obviarse su impacto en el sistema familiar, influyendo en el ajuste de los padres y en el comportamiento de los padres hacia los niños (Cummings y Davies, 2002; Erel y Burman, 1995; Krishnakumar y Buehler, 2000).

Whisman et al. (2006) encontraron que los problemas de relación de pareja se relacionan con el deterioro en la familia y amigos, un funcionamiento deficiente en el trabajo, angustia general, peor estado de salud y una mayor probabilidad de ideación suicida. Gottman (1999) plantea que existen evidencias que indican que el matrimonio con problemas de relación está asociado con una amplia gama de consecuencias sobre los niños, “incluyendo la depresión, el aislamiento, pobres habilidades sociales, problemas de salud, mal rendimiento académico, una variedad de dificultades relacionadas con la conducta y una disminución marcada de la longevidad” (Gottman, 1999, p. 4).

Por el contrario, las familias que se caracterizan por bajos niveles de estrés y de conflicto, muestran una mayor capacidad de recuperación y un mejor nivel de salud mental y de ajuste tanto en los niños como en los adultos. Del mismo modo, las disminuciones longitudinales en el conflicto marital de los padres se asocian con un mejor ajuste entre los adultos jóvenes (Amato, Loomis y Booth, 1995).

Los padres en las relaciones de pareja en dificultades son menos propensos a utilizar prácticas positivas de crianza, como la aceptación, el apoyo y la disciplina consistente y

apropiada; también son más propensos a utilizar la crianza dura, incoherente y abusiva (Erel y Burman, 1995; Krishnakumar y Buehler, 2000). Los niños criados por sus propios padres, cuando los padres comparten una relación mutuamente satisfactoria, muestran un mejor ajuste psicológico y un mayor logro escolar (Amato, 2010).

Foran et al. (2015) citan las asociaciones entre las familias que se caracterizan por altos niveles de estrés y de conflicto y los problemas de crianza de los hijos como: (a) la mala disciplina (Gerard, Krishnakumar y Buehler, 2006), (b) el aumento de la negatividad (Belsky, Youngblade, Rovine y Völlig, 1991), (c) la disminución de la afectividad (Davies, de Sturge-Apple y Cummings, 2004), y (d) las dificultades de ajuste en los niños, incluyendo la enfermedad mental (Cummings, Davies y Campbell, 2000). Foran et al. (2015) concluyen que:

Además, las consecuencias del conflicto familiar pueden persistir más allá de la infancia y la adolescencia y continuar en la edad adulta y afectar, no solo al ajuste individual (Jones, Forehand y Beach, 2000), sino también a las relaciones sentimentales adultas posteriores (Sabatelli y Bartle-Haring, 2003), preparando el terreno para la transmisión a la próxima generación de la carga sobre la salud mental y física y de la carga económica. (Foran et al., 2015, pp. 51-52)

## 2.5 Conclusiones

Las dificultades en las relaciones de pareja tienen una alta prevalencia en los países desarrollados y las rupturas de pareja son un fenómeno común en estos países para las parejas casadas y, aún más, más para las parejas que cohabitan que presentan más problemas en sus relaciones (Hayes et al., 2010). Esta última modalidad de convivencia merece atención especial pues, cada vez más, es una opción elegida por las parejas. Así, la disminución del número de matrimonios es un hecho que se viene observando en el mundo desarrollado (OECD, 2014).

Lo cierto es que los problemas de relación de pareja tienen una prevalencia relativamente alta (siendo frecuentes en estudios epidemiológicos comunitarios y en la investigación con muestras de personas que buscan ayuda psicológica) y aparecen codificados en los principales sistemas diagnósticos: CIE (Clasificación internacional de enfermedades) y DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Su detección es importante para la planificación del tratamiento en el contexto de una serie de problemas adultos e infantiles. Por eso, se hace necesario que los médicos de atención primaria tengan algunas directrices para su identificación de manera fiable, ya que dichos profesionales son, en países como el nuestro, la puerta de entrada a los servicios de salud para todos esos problemas adultos e infantiles.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ha dado un paso importante en esta dirección mediante la ampliación de la descripción de la relación problemática de pareja con relación al DSM-IV-R, incluyendo los problemas que se dan en las áreas cognitivas, emocionales y conductuales. En este manual, dentro de los problemas de relación, en la sección titulada “Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario”, se recogen los problemas de pareja bajo el código “(Z63.0) V61.1 Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja”, y tanto en el DSM-5, como en su antecesor, el DSM-IV-TR, los problemas de relación se incluyen en la sección de código V denominado “Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica” (American Psychiatric Association, 2000, 2013).

En el DSM-5 se observa, explícitamente, que los códigos V se pueden utilizar ya sea cuando el problema es el “foco de atención clínica” o si se piensa que pueden “afectar al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente”. Otro cambio producido tiene que ver con el nivel de detalle en la descripción de los problemas de relación de la pareja, incluyendo ejemplos del posible deterioro de la pareja en las áreas cognitivo-conductual y afectiva. Por último, se especifica que este código se puede utilizar tanto para las parejas heterosexuales como homosexuales y, además, se eliminan algunas declaraciones que tienden a ser culturalmente específicas.

En el presente capítulo hemos planteado la necesidad de señalar una serie de factores que aparecen asociados a los problemas de relación de pareja. Así los aspectos más importantes que influyen en la calidad de la relación de pareja y que tenemos que tomarlos en cuenta a la hora de plantearnos los objetivos de la terapia de pareja son los siguientes: los patrones relacionales que presentan, las habilidades de comunicación y negociación, las expectativas o creencias que tienen los miembros acerca de su relación, los aspectos afectivos, y la sexualidad. Por último, no puede olvidarse la influencia del contexto en el que la pareja se ve inmersa. A continuación resumimos estos factores:

- 1.) ***Con relación a los patrones relacionales:*** las parejas pueden verse inmersas en patrones disfuncionales de tipo circular como patrones de ataque mutuo, ataque-defensa, ataque-retirada, o retirada mutua; éste último asociado a una evitación crónica del conflicto (Christensen et al. 2015). Dentro de estos patrones, el más estudiado es aquel en que uno de los miembros exige un cambio de conductas y persigue al otro para la interacción, mientras que el otro miembro se retira (Christensen y Heavey, 1990, 1993; Christensen, 1987, 1988, Sullaway y Christensen, 1983; citados en Baucom et al., 2008). Este patrón de relación se ha asociado a una variedad de indicadores que señalan problemas en el ajuste de la pareja; por ejemplo: la hostilidad en la pareja y la agresión (Holtzworth-Munroe et al., 1998; Sagrestano et al., 1999), la insatisfacción en la relación (Baucom et al., 2010; Christensen et al., 2006; Eldridge et al., 2007; McGinn et al., 2009), y el divorcio (Christensen y Shenk, 1991). Knobloch-Fedders et al. (2014), que citaron estas investigaciones anteriores, encontraron que este tipo de patrón de relación se asoció negativamente con la calidad de la relación. Estos autores concluyen que la observación de las parejas en las secuencias de afrontamiento/huida debe impulsar a los terapeutas para explorar posibles desequilibrios de poder, las preferencias de cercanía o distancia, o problemas con la igualdad, la equidad, o la toma de decisiones.

- 2.) ***Con relación a las habilidades de comunicación***, los déficits en la comunicación pueden facilitar malentendidos, equívocos respecto a emociones transmitidas y otros problemas en la pareja, bloqueando también la empatía necesaria en la relación de parejas y, por todo ello, la falta de habilidades en este ámbito contribuye al desarrollo y mantenimiento de los problemas y, en última instancia, a la insatisfacción en la relación. Fernández et al. (2015b) resumen los problemas más frecuentes en este ámbito de las parejas: disminución en la frecuencia de la comunicación; déficits de habilidades para comunicarse en uno o ambos miembros de la pareja; mala elección del momento para comunicarse; falta de intimidad para tratar algunos temas; abuso de las nuevas tecnologías con su efecto de aislamiento; falta de auto divulgación, expresión de ideas y emociones personales y, por último, no disponer del contexto adecuado para la comunicación. Para estos autores, otros comportamientos que pueden afectar negativamente a la comunicación son: etiquetas y generalizaciones excesivas, reproches y acusaciones, quejas y contraquejas, interrupciones en la conversación etc.
- 3.) ***Con relación a las habilidades de negociación en las parejas***, Abbad et al. (2015) mencionan los motivos más importantes de desacuerdo en las parejas: diferentes objetivos vitales; las creencias y expectativas sobre la relación de pareja; el proceso de toma de decisiones y las relaciones con los familiares de ambos miembros. Estos mismos autores señalan los problemas más frecuentes que tienen que ver con la aparición continúa de desacuerdos: el anticipar desacuerdos; los conflictos, problemas de comunicación y la disminución de la motivación y, por último, desacuerdos respecto a ciertos ámbitos o situaciones pueden afectar a otros aspectos de la relación como la convivencia, la sexualidad, la relación con los hijos etc.
- 4.) ***Con relación a las expectativas o creencias que tienen los miembros acerca de su relación***, si son sesgadas o inadecuadas contribuyen a la aparición y mantenimiento de patrones de relación disfuncionales, al desarrollo de situaciones problemáticas o al

fracaso de la relación (Epstein y Baucom, 2002). Además, si algún miembro de la pareja realiza atribuciones erróneas relativas a la causalidad de las conductas del otro, se asocian al nivel de dificultades de la misma (p. ej., Noller, et al., 1997, citado en Dimidjian, et al., 2008). Conde et al. (2015) señalan el hecho de que las expectativas, las creencias y atribuciones no realistas pueden interferir en los intentos de solución de problemas de distintas formas.

- 5.) ***Con relación a los aspectos afectivos en la pareja***, es importante señalar que la regulación emocional es muy importante para las relaciones de pareja (Butler, 2011; Campos et al., 2011). La regulación de las emociones en mujeres ha sido reconocida como un predictor de la satisfacción en las relaciones de pareja (Bloch et al., 2014). La ausencia de vínculos afectivos o una expresión inadecuada de los mismos entre los miembros de la pareja contribuirá al desarrollo de sensaciones de malestar, falta de aceptación y, en general, problemas en la relación (Gottman, 1979). Según Gottman (2011, citado en Greenman y Johnson, 2013), las peleas constantes están relacionadas con la escalada de intensidad del afecto negativo durante los conflictos. Las interacciones están determinadas por las críticas reiteradas, las actitudes defensivas, el desprecio y las conductas evasivas que se vuelven evidentes; además de una activación fisiológica elevada en ambos miembros. En la expresión de los afectos negativos también hay que tener en cuenta que las diferencias de género pueden ser motivo de conflictos en las parejas.
- 6.) ***Con relación a la sexualidad***, Salazar et al. (2015) señalan los factores causantes a los problemas más importantes en este ámbito de las parejas están relacionados con: a) problemas de salud física y mental; b) el estilo de vida cotidiano; c) el uso de drogas o psicofármacos; d) las fluctuaciones en la relación o cambio de etapas; e) los problemas de comunicación y negociación, discusiones y conflictos en la pareja; f) problemas en la imagen corporal de uno mismo o de la pareja g) desacuerdos en las prácticas sexuales.

7.) *Con relación al entorno*, las parejas están influenciadas por estresores ambientales externos, así como por los recursos ambientales disponibles para ayudarlos a conocer sus necesidades personales y las necesidades de la relación (Epstein y Baucom, 2002). Existen una serie de factores dentro del entorno que tienen un peso en la dinámica de la relación de pareja y pueden contribuir al mantenimiento o al deterioro de la relación. Hutchinson et al. (2015) destacan la importancia del entorno físico, de las condiciones económicas, las condiciones laborales, las relaciones familiares con la familia extensa, la existencia de amigos y redes de apoyo, así como el nivel cultural de ambos miembros de la pareja. Estos autores resaltan los problemas más frecuentes en este ámbito de las parejas: la ausencia de una red de apoyo de uno de los miembros; el tener compartir la vivienda con la familia política, la falta de trabajo y la dependencia económica y el choque de creencias y valores en la convivencia.

Volviendo al tema de la conceptualización de los problemas de relación, es importante tener en cuenta que las condiciones listadas en el código V del DSM-5 no se consideran trastornos mentales, pero se incluyen debido a su relevancia clínica. La relevancia clínica de los problemas de relación de pareja se determina por su impacto en la salud física y mental de sus miembros y por su impacto en todo el sistema familiar, originando problemas en la descendencia.

Las investigaciones indican que una pareja con problemas, particularmente una comunicación negativa, tiene efectos nocivos directos sobre el sistema cardiovascular, endocrino, inmune, neurosensorial, y otros sistemas fisiológicos que, a su vez, contribuyen a problemas de salud física (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001).

Por otra parte, los problemas de relación de pareja covarían con trastornos emocionales, de conducta e individuales (Whisman, 2001a). Existen relaciones circulares y dañinas que se producen entre estos problemas y la psicopatología individual (Whisman, 2007; Whisman y Uebelacker, 2003; Whisman et al., 2004). Whisman (2013) plantea que la asociación entre los



problemas de pareja y la psicopatología es moderada por varias diferencias individuales, incluyendo variables que han sido mostradas como factores de riesgo de psicopatología.

También, los efectos del malestar conyugal se extienden al sistema familiar. Gottman (1999) destaca que hay evidencia en la literatura científica de que los matrimonios con problemas de relación y un nivel de conflictividad elevada están relacionados con consecuencias negativas sobre los niños “incluyendo la depresión, el aislamiento, pobres habilidades sociales, problemas de salud, mal rendimiento académico, una variedad de dificultades relacionadas con la conducta y una disminución marcada de la longevidad”. (p.4)

En resumen, la pareja con problemas de relación tiene una fuerte vinculación con los problemas de salud, emocionales y de comportamiento tanto en los propios adultos como en su descendencia; y es una de las preocupaciones primarias o secundarias más frecuentes en las personas que buscan la ayuda de los profesionales de salud mental. Por consiguiente, el vínculo entre la relación de pareja y la interrupción del bienestar emocional individual y el bienestar físico hace hincapié en la importancia de mejorar el tratamiento de los problemas de relación de pareja. Estos hallazgos son particularmente notables a la luz de la investigación por Baucom, Hahlweg y Kuschel (2003), quienes encontraron en su propio metaanálisis que estos problemas no mejoran sin tratamiento.

Los resultados de la literatura revisada justifican el hecho de que la terapia de pareja continúa ganando en estatus como un componente vital de la salud mental. Snyder, Castellani y Whisman (2006) señalan:

Tres son los factores que contribuyen a este creciente reconocimiento: (a) la prevalencia de problemas de pareja en muestras tanto comunitarias como clínicas; (b) el impacto de estos problemas tanto en el bienestar emocional y físico de las parejas adultas como en su descendencia; y (c) la creciente evidencia de la eficacia de la terapia de pareja no sólo en el tratamiento de los problemas de pareja, sino también como tratamiento primario o

complementario para una variedad de personas con problemas emocionales, conductuales, o trastornos de salud física. (Snyder, Castellani y Whisman, 2006, p. 318)

La eficacia y efectividad de la terapia de pareja será abordada en el próximo capítulo.



## **Capítulo 3.**

# **La eficacia y efectividad de la terapia de pareja**



### **3. La eficacia y efectividad de la terapia de pareja**

#### **3.1 Introducción**

La terapia de pareja se ha convertido en uno de los tratamientos más ampliamente practicados y el camino que cada vez más parejas eligen cuando presentan problemas en sus relaciones. Esta modalidad de terapia parece ser la que tiene más probabilidades de lograr el mayor crecimiento en la próxima década (superando a la psicoterapia individual, la de familia y los grupos de tratamiento), según una encuesta de las predicciones de los expertos psicoterapeutas sobre futuras prácticas en la psicoterapia (Norcross, Pfund y Prochaska, 2013, citado en Gurman, 2015).

Este auge de la terapia de pareja va unido a los importantes cambios culturales que, en el último medio siglo, han tenido un impacto importante en las expectativas y experiencias de las personas que se casan o entran otras relaciones con un compromiso a largo plazo, de lo cual ya hemos hablado.

Gurman (2015) expone, además, las razones más comunes por las cuales las parejas entran en terapia que implican cuestiones relacionales, tales como el alejamiento emocional y un descenso en el compromiso, dificultades en la resolución de problemas y déficits de comunicación, los celos y la infidelidad, las luchas de poder, el aumento de los niveles de conflictividad, la insatisfacción sexual, y el abuso y la violencia (Doss, Simpson y Christensen, 2004; Whisman, Dixon y Johnson, 1997; citados en Gurman, 2015).

En este capítulo revisamos la investigación sobre la terapia de pareja durante los últimos treinta años y profundizamos en los enfoques de tratamiento para parejas basados en la evidencia. En relación con el tratamiento general de los problemas de relación, la terapia de pareja basada en la evidencia es eficaz para muchas parejas. Alrededor del 40 % de las parejas se benefician mucho de la terapia de pareja y alrededor del 30 % se benefician algo. (Lebow et al., 2012; Snyder y Halford, 2012). Las tasas de eficacia de la terapia de pareja son

comparables a las tasas de eficacia de la terapia individual y muy superiores a la de los grupos de control que no recibieron tratamiento.

En este sentido, ha habido reivindicaciones consistentes de la eficacia de la terapia de pareja en metaanálisis y revisiones sistemáticas. Stratton et al. (2015) y Lebow et al. (2012) citan varios metaanálisis y revisiones sistemáticas al respecto (Shadish et al., 1993; Shadish y Baldwin, 2003, 2005; Von Sydow et al., 2010, Wood et al., 2005; Klann et al., 2009; Baucom et al., 2003; Carr, 2014; Sexton et al., 2013; Sprenkle, 2012; Stratton, 2011).

Por ejemplo, Shadish y Baldwin (2003) mencionan seis revisiones metaanalíticas previas de estudios que comparan la terapia de pareja versus un grupo de control sin tratamiento; entre ellos cuatro revisiones publicadas (Dunn y Schwebel 1995; Hahlweg y Markman 1988; Johnson et al. 1999; Shadish et al. 1993) y dos revisiones no publicadas (Dutcher 1999; Wilson 1986). Basado en su revisión de estos estudios, Shadish y Baldwin (2003) reportaron una media global de tamaño de efecto de 0,84 para terapia de pareja, lo que indica que la media de la persona que recibe tratamiento para los problemas de relación de pareja era mejor al concluir el tratamiento de lo que eran el 80% de los individuos del grupo de control sin tratamiento. Este nivel es comparable al metaanálisis de los efectos de terapia individual en los distintos trastornos. Shadish y Baldwin (2003) también observaron que el tamaño medio de efecto para la terapia de pareja fue generalmente comparable o mayor que el obtenido por intervenciones alternativas que van desde la terapia individual a las intervenciones médicas. Encontraron poca evidencia de la diferencia en la eficacia a través de diferentes orientaciones teóricas en la terapia de pareja.

En un metaanálisis más reciente (Shadish y Baldwin, 2005, citado en Lebow et al., 2012) los autores resumieron los resultados de 30 experimentos aleatorios que compararon la terapia de pareja conductual, el enfoque más investigado en terapia de pareja, con los controles sin tratamiento. Los resultados del metaanálisis encontraron que la terapia de pareja conductual es mejor que ningún tratamiento, produciendo un tamaño del efecto medio de 0,59. Pero,

comparando este tamaño del efecto a los metaanálisis anteriores (Shadish y Baldwin, 2003; Shadish, Ragsdale, Glaser y Montgomery, 1995; Shadish et al., 1993), los autores concluyeron que esta forma de terapia no produjo resultados superiores a otras formas de terapia de pareja. Shadish y Baldwin (2005) concluyeron, además, que los estudios indicaron que la comunicación y las estrategias de resolución de problemas llevaron a la mayoría de los efectos del tratamiento.

En resumen, los estudios demuestran que la terapia de pareja tiene un impacto, con aproximadamente el 70 % de los casos que muestran cambios positivos. Estos hallazgos se basan ya en casi tres décadas que sugieren que la terapia de pareja es una forma eficaz de tratamiento (Johnson, 2002). Estos resultados son particularmente notables si tomamos en cuenta los resultados de Baucom et al. (2003), quienes encontraron en su propia metaanálisis que los problemas de relación de pareja no mejoran sin tratamiento. Por lo tanto, estos autores sostienen que puede que no haya necesidad de grupos de control en los estudios para medir la mejora de la relación de pareja.

Tomando en consideración todo lo anterior, Stratton et al. (2015) mencionan el hecho de que la acumulación constante de información sobre la eficacia de estos tratamientos ha logrado que la terapia familiar y de pareja se incluya en algunos directrices internacionales de tratamiento, por ejemplo, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica en el Reino Unido (NICE, Las guías clínicas NICE de tratamiento).

Otro aspecto que se hace necesario considerar son los beneficios económicos de la prestación gratuita de un tratamiento eficaz para las parejas con dificultades. Por ejemplo, Caldwell, Woolley y Caldwell (2007) estimaron que esta prestación llevaría a un importante ahorro de costes, ya que impedirían un gran aumento de los costos legales en el sistema sanitario derivados del divorcio y problemas de salud relacionados con el divorcio.



En este capítulo, nos centramos en los enfoques de tratamiento de pareja con base en la evidencia. Los retos fundamentales de la psicoterapia en la investigación de las intervenciones son: identificar los tratamientos eficaces, comprender sus mecanismos subyacentes del cambio, y delinear los aspectos del terapeuta, el cliente, o el contexto que influyen en su resultado (Snyder et al., 2006). Los estudios avalan la eficacia de la terapia de pareja conductual y sus desarrollos más recientes (la terapia de pareja cognitivo-conductual y la terapia de pareja conductual integrativa) y la terapia de pareja centrada en las emociones en el tratamiento de los problemas de pareja. Actualmente hay más de 35 ensayos controlados aleatorios de la terapia de pareja, de los cuales la mayoría evaluó la terapia de pareja conductual o la terapia de pareja centrada en la emoción (Snyder y Halford, 2012).

Con relación a los estudios de efectividad en terapia de pareja, estos son bastantes más escasos. Halford, Pepping y Petch (2015) citan la existencia de cuatro ensayos de efectividad longitudinal publicados que han evaluado el cambio en el ajuste de la pareja en la práctica clínica (Doss et al., 2012; Hahlweg y Klann, 1997; Klann, Hahlweg, Baucom y Kroeger, 2011; Lundblad y Hansson, 2006). Halford et al. señalan, además, otros cuatro estudios que también evaluaron los efectos de la terapia de pareja en la práctica comunitaria (Anker, Duncan y Sparks, 2009; Reece, Toland, Sloane y Norsworthy, 2010; Ward y McCollum, 2005; Seligman, 1995). El problema, en estos últimos 4 estudios, es que no evaluaron el cambio en los resultados de la relación de pareja según lo reportado por los clientes, lo que ha sido la manera habitual de evaluar el resultado en los ensayos de eficacia. Por eso, sus resultados no pueden tomarse en cuenta a la hora de compararlos con los estudios de eficacia.

Halford et al. (2015) compararon los resultados de los ensayos de efectividad de Doss et al. (2012), Hahlweg y Klann (1997), Klann, Hahlweg, Baucom y Kroeger (2011) y Lundblad y Hansson (2006) con el metaanálisis de los ensayos de eficacia de Baucom et al. (2003) y encontraron que en los estudios de efectividad los tamaños de efecto variaron de pequeño a

moderado frente al gran tamaño del efecto medio ( $d = 0,82$ ) de los ensayos de eficacia de Baucom et al. (2003).

Sin embargo, a pesar de que la terapia de pareja ha demostrado ser una intervención eficaz en un porcentaje considerable de parejas, cuatro problemas son dignos de mencionar y se necesita profundizar en ello de cara a mejorar sus resultados, tanto en su eficacia como en su utilidad práctica. El primero de ellos tiene que ver con la existencia de una brecha entre el gran tamaño del efecto normalmente observado en las pruebas de investigación de la eficacia y el tamaño del efecto, de moderado a pequeño, observado en los estudios de la efectividad en la práctica de la terapia de pareja, tema que hemos comentado y que necesita ser investigado. El segundo problema se basa en el hecho de que un porcentaje significativo de parejas (entre el 25% y el 30%) no se benefician del tratamiento (Halford y Snyder, 2012), por lo que en los últimos años se viene desarrollando líneas de investigación al objeto de mejorar la eficacia de estos tratamientos. En este sentido, en este capítulo vamos a profundizar también en las posibles explicaciones de estos hechos y señalar las recomendaciones que distintos investigadores realizan al respecto, de cara a mejorar tanto la eficacia como la efectividad de la terapia de pareja.

El tercer problema, señalan Lebow et al. (2012), ha sido el problema de la muestra, porque la investigación en terapia de pareja sigue siendo, de modo general, el estudio de las parejas europeas y norteamericanas heterosexuales blancas. Los autores señalan el hecho de que los métodos específicos de la cultura aún no se han estudiado y pocos estudios han sido demográficamente equilibrados, aunque se ha investigado las parejas en culturas específicas y se ha reflexionado sobre la cultura en relación con las parejas. Por último, también señalan Lebow et al., que como los problemas de relación con el cónyuge o pareja no se consideran trastornos mentales en el DSM-IV, las investigaciones relacionadas con los mismos y su tratamiento han sufrido los problemas de financiación por parte del gobierno americano. Esto ha supuesto que a las investigaciones realizadas en el área esos autores las llamen “artesanales”,

en el sentido de que incluyen pequeñas muestras, con las limitaciones que supone este hecho para la investigación.

### **3.2 Diferencias entre estudios de eficacia y de efectividad en terapia de pareja**

La diferencia entre el estudio de la eficacia y de la efectividad clínica ha sido bien establecida en la investigación en psicoterapia (Nathan, Stuart y Dolan, 2000, citado en Halford et al., 2015). La eficacia se refiere a los efectos del tratamiento observados en ensayos controlados aleatorios, mientras que la efectividad se refiere a los efectos del tratamiento en la práctica clínica habitual.

Los ensayos de eficacia y efectividad difieren en muchos aspectos. En primer lugar, en los ensayos de eficacia, los participantes generalmente son seleccionados para cumplir con los criterios de inclusión y exclusión predefinidos, realizan una evaluación sistemática antes y después del tratamiento, y dan su consentimiento informado para aceptar un tratamiento particular, con una duración y objetivos específicos (Nezu y Nezu, 2008). En segundo lugar, el tratamiento es, por lo general, descrito en manuales escritos, y los terapeutas a menudo son entrenados y supervisados para asegurar la integridad y la calidad del tratamiento proporcionado. A diferencia, en los estudios de efectividad los criterios de inclusión y exclusión en el tratamiento son menos estrictos, la evaluación integral puede o no llevarse a cabo, los clientes no suelen negociar los objetivos y el tipo de tratamiento y los terapeutas, a menudo, pueden operar de manera más o menos autónoma con poca o ninguna supervisión de su práctica.

Como hemos referido con anterioridad, metaanálisis de ensayos controlados aleatorios de la terapia de pareja encuentran grandes mejoras en el ajuste de pareja, pero las evaluaciones publicadas de la efectividad de la terapia de pareja, en la práctica rutinaria, encuentran solo efectos de pequeños a moderados.

El problema principal que se mantiene con la investigación sobre el tratamiento de los problemas de relación de pareja tiene que ver con la validez externa, puesto que las muestras de pacientes a menudo no tipifican la población general. Wright, Sabourin, Mondor, McDuff y Mamodhoussen (2007) evaluaron los resultados en los estudios de representatividad clínica, encontrando que, en los de la terapia de pareja, la representatividad fue calificada como justa. Otros autores han ofrecido críticas ante el resultado de los métodos en la terapia de pareja y los procesos de la investigación, respectivamente (Christensen, Baucom, Vu y Stanton, 2005; Heatherington, Friedlander y Greenberg, 2005). Christensen et al. (2005) hicieron varias recomendaciones metodológicas que se deben tomar en cuenta para mejorar la eficacia, en el futuro, de los resultados en las investigaciones sobre terapia de pareja.

Halford et al. (2015) ofrecen varias explicaciones posibles para la brecha existente entre la eficacia de investigación de la terapia de pareja y la efectividad clínica y citan las investigaciones que apoyan estas explicaciones. A continuación resumimos dichas explicaciones e investigaciones.

#### ***1.) Tipo de terapia***

La mayoría de los terapeutas de pareja en activo no defienden los enfoques basados en la evidencia como su modo preferido de terapia de pareja (Anker et al., 2009; Boughner, Hayes, Bubenzer y West, 1994; Hahlweg y Klann, 1997; Lavee y Avisar, 2006). Otro factor que posiblemente influya es la lealtad del terapeuta al modelo de la terapia, puesto que la lealtad es un predictor fiable de los efectos de la psicoterapia (Munder, Fluckiger, Gerger, Wampold y Barth, 2012). Es posible que ésta sea más fuerte en los ensayos controlados aleatorios que en ensayos de efectividad.

Por último, hay que considerar que el número medio de sesiones de terapia suele ser mayor en los ensayos de eficacia que en los ensayos de efectividad. Sin embargo, las parejas que asisten a más sesiones en los ensayos de efectividad no muestran mayores logros de la

terapia que aquellos que asisten a un menor número de sesiones (Klann et al., 2011), por lo que parece poco probable que, simplemente proporcionado más terapia, mejoraría la efectividad.

#### **2.) *Características de la pareja***

Como ya se ha señalado, los estudios de eficacia generalmente incluyen criterios de inclusión y exclusión estrictos, mientras que los ensayos de efectividad no lo hacen.

Existen algunas diferencias entre las parejas en los ensayos de eficacia y aquellas en ambientes clínicos más comunes. Wright et al. (2007) arrojan alguna luz al respecto de esta cuestión. Ellos examinaron la representatividad de las parejas en los estudios de eficacia de parejas en situaciones de práctica clínica y concluyeron que eran muy similares en: (a) la gravedad de la aflicción de la pareja, (b) la heterogeneidad de las preocupaciones presentes, (c) las características sociodemográficas de los clientes, y (d) la presencia de psicopatologías de los miembros de la pareja que conviven. Por otra parte, Wright et al. encontraron que un 62% de los estudios de eficacia de la terapia de pareja excluían parejas que cohabitan sin casar, lo cual es significativo porque este tipo de pareja van en incremento en los países desarrollados y están más expuestas a sufrir problemas en la relación y separación que las parejas casadas como ya hemos referido.

Otro moderador potencial de la efectividad de la terapia de pareja, que señalan Halford et al. (2015), es el compromiso de los miembros con la relación de pareja. Los autores recomiendan que los terapeutas evalúen si la meta de cada miembro para la terapia es aclarar si se debe continuar la relación o para mejorar la relación; lo que permitiría a los terapeutas adaptar la terapia de acuerdo a los objetivos de la pareja y podría aumentar la eficacia de la terapia. Finalmente, Halford et al. sugieren que, en futuros estudios de efectividad, sería apropiado separar los resultados de las parejas en las que la mejora de la relación es el objetivo declarado de ambas partes de los resultados de las parejas cuyo objetivo es aclarar si continuar o no con la relación.

### 3.) *Evaluación*

Los estudios de eficacia casi siempre incluyen una evaluación completa usando alguna combinación de medidas de autoevaluación, autocontrol, evaluación mediante la observación y entrevistas individuales y conjuntas; lo que es mucho más raro en la práctica rutinaria. Quizás, esta evaluación global, completa, facilita un mejor resultado.

El proceso de la evaluación más completa y estandarizada, plantean Halford et al. (2015), podría mejorar la efectividad de la terapia de pareja en, al menos cuatro modos. En primer lugar, evaluaciones más completas educan al terapeuta y a la pareja sobre las preocupaciones/intereses presentes que son clave, ya que el desacuerdo sobre la naturaleza de las preocupaciones/intereses predice resultados pobres de la terapia (Viesen y Doss, 2013). Por otra parte, la evaluación puede tener un papel importante en la construcción de una visión compartida de la relación de pareja, donde el problema presente sea menos culpa del otro miembro de la pareja y se convierta en algo más objetivo, contextualizado y diádico. Benson, McGinn y Christensen (2012) argumentan que esto es un elemento común a la terapia de pareja basada en la evidencia, puesto que tal cambio de atribuciones ayuda a los miembros de la pareja a que se comprometan a hacer esfuerzos individuales para mejorar la relación.

En segundo lugar, el proceso de evaluación podría mejorar la alianza terapéutica ayudando al terapeuta no sólo a establecer intereses/problemas claves si no también expresar empatía con aquellos problemas/intereses que han sido identificados. Como ya se ha explicado aquí, una fuerte alianza terapéutica con ambos miembros de la pareja predice una mayor mejora en el ajuste de la relación de pareja (Anker, Owen, Duncan y Sparks, 2010; Davis, Lebow y Sprenkle, 2012). Investigaciones acerca de la terapia de pareja basados en la evidencia proponen que la evaluación estructurada ayuda a desarrollar en las parejas una conceptualización constructiva y compartida de sus problemas y que el terapeuta, al expresar empatía con esa conceptualización, puede facilitar una alianza terapéutica positiva con ambos miembros de la pareja (Epstein y Baucom, 2002; Halford, 2001).

En tercer lugar, la evaluación puede identificar trastornos psicológicos en los miembros de la pareja.

En cuarto lugar, una evaluación estructurada podría mejorar el resultado siendo en sí misma terapéutica. Los resultados obtenidos en dos estudios cuasi experimentales, continúan citando Halford et al. (2015): Córdova, Warren y Gee (2001), Halford, Osgarby y Kelly (1996) y en dos ensayos controlados aleatorios (Cordova et al., 2014, 2005) demuestran que una evaluación estructurada, el debate de los resultados de la evaluación y el establecimiento de los objetivos de la terapia mejoran la satisfacción en parejas con problemas de relación.

Halford et al. (2015) recomiendan que la práctica rutinaria (y por extensión los ensayos de efectividad) incluyan una evaluación de la relación de pareja (la satisfacción es el constructo más comúnmente medido), la violencia dentro de la pareja y el funcionamiento psicológico individual.

#### **4.) *Supervisión, seguimiento del progreso sistemático***

El control del progreso sistemático no ha sido incorporado rutinariamente en los ensayos de eficacia de la terapia de pareja. Sin embargo, una supervisión constante, consistente y responsable para la terapia es típica de los estudios de eficacia.

Halford et al. (2015) citan un número de razones para sospechar que el seguimiento del progreso en la terapia de pareja podría ser efectivo. Primero, cuando en la terapia de pareja se da una mejora, ésta tiende a ocurrir más fuertemente en las sesiones iniciales y alrededor del 70% de parejas que finalmente no se benefician de la terapia de pareja pueden detectarse por una ausencia de cambio en las primeras cuatro sesiones (Pepping, Halford y Doss, 2015). Por lo tanto, la retroalimentación en el progreso de la terapia podría ser útil en la detección de la falta de progreso, que podría informar de un cambio en el enfoque para la terapia de pareja. Además, la experiencia en varios ensayos de seguimiento del progreso en la terapia de pareja en ambientes de práctica rutinaria (Anker et al., 2009; Resse et al., 2010) sugiere que medidas rápidas, breves, que evalúan el progreso de la terapia, son aceptables a los terapeutas y parejas.

### **5.) *Alianza terapéutica***

Como se ha destacado previamente, una fuerte alianza terapéutica predice grandes mejoras en la terapia de pareja (Anker et al., 2010; Davis et al., 2012). Algunas de las características mencionadas previamente de la terapia de pareja en ensayos de eficacia podrían mejorar la alianza terapéutica en ensayos de efectividad. Por ejemplo, la supervisión estrecha típica en los ensayos de eficacia podría dar pie a los terapeutas a mejorar la formación de la alianza.

En los ensayos de efectividad, la realización de evaluaciones sistemáticas y retroalimentación podría, de forma similar, mejorar la formación de alianza terapéutica, tanto mejorando la empatía del terapeuta como facilitando un mayor acuerdo en los objetivos de la terapia entre la pareja y el terapeuta. Otro problema es que, como los ensayos de efectividad a menudo usan enfoques de la terapia de pareja no demostrados y, posiblemente, inefectivos (Gebova et al., 2011), es posible que la alianza terapéutica se desarrolle más positivamente en ensayos de eficacia que en estudios de efectividad, aunque esta posibilidad no ha sido directamente evaluada.

### **6.) *Factores organizacionales***

Los diversos contextos organizacionales dentro de la cual se proporciona la terapia de pareja podrían influir en la prestación de servicios y el resultado de la terapia de pareja. La frecuencia de tratamiento típico en los estudios de eficacia es regular, los terapeutas suelen recibir mucha supervisión en la prestación de la terapia, y los recursos están a veces más fácilmente disponibles para cubrir los requisitos administrativos. En algunos entornos clínicos (por ejemplo, la práctica privada), los tiempos de espera puede que no sean tan largos.

En contraste, en los estudios de efectividad no suelen darse estas condiciones ideales. Halford et al. (2015), resaltan el ejemplo de las organizaciones sin fines de lucro de la comunidad, donde los terapeutas a menudo tienen cargas de trabajo administrativas elevadas (Petch, Lee, Huntingdon y Murray, 2014; Riemer y Bickman, 2011). Las largas listas de espera



son comunes en las clínicas de la comunidad, como lo son la alta cantidad de casos (Petch et al., 2014), debido a estas demandas en el tiempo de los terapeutas y debido a la alta demanda de servicios. Esto puede significar que los clientes tengan que esperar varias semanas para una primera cita y/o no pueden acceder a las sesiones de terapia semanales. Halford et al. señalan que la investigación futura debería profundizar sobre este tipo de aspectos de la prestación de servicios, para establecer el impacto que esto podría tener en la efectividad de la terapia de pareja.

Sobre la base de todo esto, Halford et al. (2015) concluyen que la brecha entre el gran tamaño del efecto normalmente observado en las pruebas de investigación de la eficacia y el tamaño de moderado a pequeño del efecto observados en los estudios de la efectividad en la práctica de la terapia de pareja pueden explicarse en el hecho de que las pruebas de eficacia incluyen las parejas que desean mejorar su relación, mientras que en las pruebas de efectividad en la práctica habitual, hay una mezcla de parejas que buscan mejorar su relación y otras parejas que tratan de aclarar si desean continuar con la relación. Por consiguiente, para enfocar la terapia de pareja adecuadamente, es muy importante que los terapeutas de pareja evalúen, de forma rutinaria, si cada miembro de la pareja desea continuar o no con la relación, o busca mejorar la relación.

Halford et al. (2015) recomiendan a los terapeutas de pareja:

Utilizar, de manera rutinaria, la evaluación multimodal sistemática de cada uno de los miembros de la pareja y la relación; discutir estas evaluaciones con la pareja, y negociar los objetivos de la terapia. Además, los terapeutas deben observar, controlar el progreso de la terapia y la alianza terapéutica y usar la retroalimentación para identificar si la terapia está en el camino adecuado para que la pareja se beneficie. (Halford et al., 2015, p. 10)

### **3.3 Enfoques en terapia de pareja basados en la evidencia**

En una revisión efectuada por Carr (2014), se indica que en el desarrollo de servicios para las parejas con dificultades, la terapia de pareja conductual y sus desarrollos más recientes (la terapia de pareja cognitivo-conductual y la terapia de pareja conductual integrativa) y la terapia de pareja centrada en las emociones son actualmente los tratamientos de elección, con base en la evidencia. En el presente trabajo de investigación nos centramos en los enfoques en terapia de pareja basados en la evidencia.

#### **3.3.1 La terapia de pareja conductual tradicional**

La terapia conductual de pareja (*behavioral couple therapy*, en inglés, cuyas siglas en este idioma son BCT), impulsada por Weiss (1975), Stuart (1969) y Jacobson y Margolin (1979; todos citados en Gurman, 2015), pasa a través de varios períodos conceptualmente distintos. Este último autor ofrece una descripción de estos tres períodos. En el primero de ellos, se enfatizó en el entrenamiento en habilidades (p. ej., las habilidades de comunicación y de resolución de problemas) y los cambios en la conducta manifiesta. El papel del terapeuta era altamente psicoeducativo y directivo. El segundo período se ha caracterizado por el desarrollo de la terapia conductual de integración que añade nuevas intervenciones para facilitar el desarrollo de la aceptación mutua, haciendo énfasis en los patrones repetitivos de interacción, que Gottman (1999) llama “problemas perpetuos” en los que las parejas quedaban atrapadas y polarizadas, en una especie de trampa mutua. En el tercer período, la BCT ha ampliado su enfoque clínico para trabajar con parejas en las que, por ejemplo, uno de los miembros sufre de un trastorno psiquiátrico o médico significativo en el contexto de su relación íntima (p. ej., depresión, trastorno por consumo de alcohol, TEPT o trastorno bipolar).

La terapia de pareja conductual tradicional se basa en la premisa de que una relación de pareja con intercambios injustos sustenta las dificultades en la relación y los conflictos asociados (Jacobson y Margolin, 1979). La cronicidad del conflicto en la relación se produce

porque los miembros de la pareja no logran negociar un intercambio equitativo de las respuestas preferidas entre sí y se produce un sentido de injusticia. Por consiguiente, el objetivo de este tipo de terapia de pareja es ayudar a la pareja a desarrollar las habilidades de comunicación, las habilidades para resolver problemas y los procedimientos de cambio de comportamiento para que puedan negociar una relación más justa. Los autores consideran que los cambios conductuales provocarán cambios cognitivos. Por este motivo, los factores cognitivos no se abordan de una manera específica. Se emplean técnicas de modificación de conducta, en especial el uso de reforzamiento positivo, para conseguir un cambio en los mecanismos de interacción y fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación y de resolución de conflictos.

Este modelo también postula que la relación de una pareja consiste en secuencias de comportamientos circulares en las que el comportamiento de cada miembro de la pareja afecta e influye en la del otro y viceversa. Esta dependencia de cada miembro de la pareja en el refuerzo y el castigo de las conductas del otro dicta los términos de un análisis funcional de los patrones de comportamiento de la pareja, en la que los acontecimientos que ocurren dentro de las interacciones de la pareja y en su entorno más amplio (que suscitan los antecedentes y las consecuencias) controlan las frecuencias de las conductas positivas y negativas del intercambio que ocurre en la pareja. El énfasis en este modelo tiende a ser en el análisis funcional de los patrones específicos que se han desarrollado y que funcionan en la pareja en el momento presente, aunque se reconoce que la teoría del aprendizaje (Bandura, 1977, citado en Baucom et al., 2008) sugiere que los comportamientos de un miembro de la pareja hacia el otro pueden ser influenciados por las experiencias previas de aprendizaje de cada individuo (p. ej., en la familia de origen de cada uno).

A pesar del hecho de que la terapia de pareja conductual sigue siendo la modalidad de terapia de pareja hasta la fecha que presenta un mayor aval empírico, a esta modalidad de terapia se le han encontrado algunas limitaciones. Por ejemplo, se podría argumentar que la

naturaleza altamente estructurada de las sesiones suprime la expresión emocional de las parejas que buscan la terapia (Córdoba et al., 1998, citado en Perissutti y Barraca, 2013). Por otra parte, Perissutti y Barraca (2013) citan los estudios que plantean que la terapia de pareja conductual tradicional parece estar limitada en su capacidad de producir cambios clínicamente significativos en ciertos tipos de parejas: (1) parejas en muy malas condiciones (Snyder, Mangrum y Wills, 1993); (2) parejas mayores (Baucom y Hoffman, 1986, citado en Córdoba, Jacobson y Christensen, 1998); (3) parejas emocionalmente separadas (Hahlweg, Schindler, Revenstorf y Brengelmann de 1984, citado en Córdoba et al., 1998; Johnson y Lebow, 2000), y (4) parejas que estaban polarizadas con respecto a las preferencias de rol de género (Jacobson, Follette y Pel, 1986). En este sentido, se hizo cada vez más claro que el énfasis en la promoción del cambio que hace este modelo resultaba limitado para algunas parejas y algunos problemas (Dimidjian et al., 2008).

Además, continúan citando Perissutti y Barraca (2013), los resultados mostraron que el 38% de las parejas que recibieron tratamiento de BCT se había divorciado durante un período de seguimiento de cuatro años (Snyder, Wills y Grady-Fletcher, 1991) y en un análisis de seguimiento de dos años (Jacobson, Schmaling y Holtzworth-Munroe (1987). Por consiguiente, los resultados no resultaron tan alentadores, pues aproximadamente el 30% de las parejas que se habían recuperado durante la terapia habían recaído después.

En España, Escudero, Gordillo, López y Labrador (2015) citan la terapia de pareja conductual de Costa y Serrat (1982), que incluyó componente novedosos para su época, aunque el núcleo de la intervención lo constituye la modificación de conducta y el entrenamiento en habilidades específicas de comunicación y solución de problemas, como la terapia de pareja conductual clásica. Dentro de los elementos novedosos se incluyó un componente psicoeducativo que es la base sobre la que se apoya la intervención. Consiste en una fase conceptual donde, apoyados en el análisis funcional, se explica a la pareja tanto el origen como el mantenimiento de sus problemas específicos; se exponen conceptos básicos (reforzamiento,

interdependencia conductual) y se explica el *modelo de deterioro de la relación*. Dentro del movimiento de la terapia de pareja conductual, Escudero et al. (2015) hacen referencia, además, a la terapia de pareja de Cáceres (1996, 2012), que inicia las intervenciones tratando de mejorar la atmósfera general de la pareja para luego realizar intervenciones más específicas, y al enfoque conductual-sistémico (Bornstein y Bornstein, 1988), que hace una propuesta de integración del modelo conductual con el modelo sistémico para la intervención en pareja, presentando como limitaciones tanto la inexistencia de un protocolo de tratamiento claro y preciso como la ausencia de un apoyo empírico adecuado.

### **3.3.2 La terapia de pareja cognitivo-conductual**

En un intento por mejorar las limitaciones del modelo, a la terapia de pareja conductual (BCT) se le añadieron componentes cognitivos para ayudar a las parejas a desafiar las creencias destructivas y expectativas que contribuyen a crear problemas en la relación y reemplazarlos por alternativas positivas, desarrollándose la terapia de pareja cognitivo-conductual, *cognitive-behavioral couple therapy* en inglés, cuyas siglas en este idioma son CBCT (Baucom y Epstein, 1990; Baucom, Epstein y Rankin, 1995; Epstein y Baucom, 2002; Floyd, Markman, Kelly, Blumberg y Stanley, 1995; Haldford, 2001; Baucom y Epstein 2008; citados en Escudero et al. 2015; Lebow et al., 2012). Además, Baucom, Epstein, Kirby y LaTaillade (2015), aunque en esencia se refieren al trabajo desarrollado en Baucom et al. (2008), aportan también algunos elementos nuevos de la que ellos llaman la terapia de pareja cognitivo-conductual “mejorada”.

#### **3.3.2.1 Influencias teóricas y aportaciones recientes**

Baucom et al. (2008, 2015) subrayan que esta modalidad de terapia de pareja se ha desarrollado a partir de la confluencia de los tres principales influencias, citando los estudios al respecto: (1) la terapia de pareja conductual, como ya hemos dicho; (2) la terapia cognitiva,

basada en los modelos cognitivos de la psicopatología de la persona (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977) que señalaban que las respuestas a los acontecimientos de la vida estaban mediadas, en su mayoría, por las interpretaciones idiosincrásicas que cada persona hace, y (3) la investigación básica en el procesamiento de información en el campo de la psicología cognitiva (Baldwin, 2005; Fiske y Taylor, 1991; Fletcher y Fitness, 1996; Noller, Beach y Osgarby, 1997). Con relación a esta última, se tiene en cuenta, en primer lugar, las atribuciones que los individuos hacen sobre los determinantes de los eventos positivos y negativos en sus relaciones, y en segundo lugar, los esquemas relativamente estables que las personas desarrollan sobre la base de experiencias de relaciones pasadas y posteriormente aplican en la comprensión actual de los eventos en su relación de pareja.

También, Baucom et al. (2008, 2015) resumen otras aportaciones más actuales que han mejorado el modelo de terapia y citan las investigaciones que los apoyan. Estas aportaciones e investigaciones se resumen a continuación.

En primer lugar, se incluyen los patrones y temas más amplios de las relaciones, por ejemplo las diferencias entre los niveles deseados de la pareja en cercanía e intimidad (Epstein y Baucom, 2002). Baucom et al. (2008, 2015) reconocen la existencia de un cambio similar a través de una variedad de enfoques teóricos de la terapia de pareja, por ejemplo, la terapia enfocada en las emociones (Johnson, 2004), la terapia de pareja conductual integrativa (Jacobson y Christensen, 1996), la terapia de pareja orientada hacia la introspección (Snyder y Wills, 1989).

En segundo lugar, se añaden los resultados de la investigación que demuestra que las diferencias individuales entre los miembros psicológicamente sanos y bien adaptados, así como manifestaciones individuales psicopatológicas, a menudo desempeñan un papel crucial en la satisfacción y buen funcionamiento de la pareja (por ejemplo, Christensen y Heavey, 1993; Karney y Bradbury, 1995). Por lo tanto, se tiene en cuenta las características que cada miembro

aporta a la relación de pareja, explicando por qué las parejas se comportan e interpretan eventos de formas desadaptativas.

En tercer lugar, la influencia de los sistemas y modelos ecológicos del funcionamiento de las relaciones (Bronfenbrenner, 1989) se ha hecho sentir en el enfoque. Epstein y Baucom (2002) indican que las parejas están influenciadas por estresores ambientales externos, así como por los recursos ambientales disponibles para ayudarlos a conocer sus necesidades personales y las necesidades de la relación.

En cuarto lugar, se hace un mayor énfasis en las emociones en este enfoque, lo cual es consistente con la tendencia reciente en terapia de pareja de atender a los procesos emocionales; por ejemplo, la terapia de pareja centrada en las emociones (Johnson, 2004; Johnson y Denton, 2002), y los enfoques terapéuticos individuales y de pareja que abordan los dificultades en la regulación emocional (Fruzzetti, 2006; Kirby y Baucom, 2007; Linehan, 1993).

En quinto lugar, se hace un reconocimiento mayor del papel de los comportamientos, cogniciones y emociones positivas (Epstein y Baucom, 2002). Un área en la que investigaciones básicas en los aspectos positivos de las parejas ha incrementado ha sido en el apoyo social dentro del matrimonio (Cutrona, 1996; Cutrona, Hessling y Suhr, 1997; Pasch, Bradbury y Davila, 1997).

Tomando en cuenta todas estas aportaciones, los autores plantean que este nuevo modelo cognitivo-conductual equilibra el papel de las emociones, las cogniciones y comportamientos negativos y positivos en las intervenciones para mejorar la calidad de las relaciones de pareja. Por eso, Epstein y Baucom (2002) señalan la interdependencia entre las cogniciones, emociones y conductas, que determinarán la calidad de la relación de pareja. En este sentido, defienden que el cambio en algunas de ellas determinará al resto de componentes, y, por consiguiente, al problema de la pareja.

### ***3.3.2.2 El funcionamiento sano versus disfuncional en las relaciones de pareja***

Baucom et al. (2008, 2015) mencionan el hecho de que el enfoque cognitivo-conductual tradicional, a la hora de describir una relación saludable, se ha centrado en la pareja como unidad de análisis, mientras que ha minimizado las contribuciones del ambiente y el bienestar individual de los miembros de la pareja. Para estos autores su mejora de la CBCT emplea una perspectiva contextual más amplia al definir una relación saludable, teniendo en cuenta los miembros individuales, la pareja y su ambiente (Baucom, Epstein y LaTaillade, 2002). En este sentido, subrayan Baucom et al. (2015) que:

Una relación de pareja saludable es definida como aquella que contribuye al crecimiento y al bienestar de ambos miembros, en la que los miembros de la pareja funcionan bien juntos como un equipo y se relacionan con su ambiente físico y social de forma adaptativa (Baucom, Epstein y Sullivan, 2004).  
(Baucom et al., 2015, p. 26)

Baucom et al. (2008, 2015) mencionan la importancia de los postulados del ciclo vital de Carter y McGoldrick (1999), que explican como durante el progreso de la relación de pareja ésta recibe la exigencia de ciertas demandas normativas propias de cada fase de su ciclo vital. El cómo la pareja se adapta a esas demandas puede resultar en la mejora, el deterioro o el mantenimiento del status quo para su funcionamiento y el de cada uno de los miembros (Epstein y Baucom, 2002). Para Baucom et al. (2008, 2015) una relación sana es distinguida como la habilidad de la pareja para adaptarse a los cambios y contratiempos de forma que permita a los miembros satisfacer necesidades individuales y relacionales importantes. También, señalan que la respuesta de la pareja a esas demandas está influenciada por las vulnerabilidades de la pareja y las de cada miembro, así como por los recursos individuales de que dispone cada miembro y, también, por los recursos del entorno.



A la hora de describir los predictores del malestar en la relación, la CBCT mejorada se enfoca hacia los modelos deficitarios del comportamiento y habilidades, reconociendo la influencia de ambos miembros de la pareja en el proceso de interacción. Por ejemplo, los autores citan la obra de Weiss (1980), quien señaló que así como las parejas continúan empleando una reciprocidad negativa y perciben al otro de forma negativa, quizás también puedan desarrollar “sentimiento de anulación” o emociones globales negativas hacia el otro. Estas emociones aumentan la probabilidad de los subsiguientes comportamientos negativos y el desarrollo de las expectativas negativas o predicciones de que la otra persona realizará actos negativos (Baucom y Epstein, 1990). Ese patrón comportamental, cognitivo y afectivo refleja el proceso de mantenimiento del desacuerdo en las relaciones, tipificando el malestar en que las parejas se quedan atrapadas en este proceso de perpetuación de lo negativo que sirve para mantener el desacuerdo. El resultado es la infelicidad en la relación.

Por otra parte, la CBCT mejorada se centra en los principales temas que sirven como base para el desacuerdo en la relación. Estos temas frecuentemente se sustentan en diferencias en las necesidades individuales y relacionales de los miembros que contribuyen al malestar de la relación. Por ejemplo, esas necesidades incluyen: necesidades comunes o enfocadas a la relación, como la necesidad de ser parte de varias relaciones; la necesidad de intimidad de los miembros; el deseo de ser altruista con la pareja, y la necesidad de recibir apoyo o ser atendido por la pareja (Epstein y Baucom, 2002). Las diferencias en lo que uno quiere o necesita de una relación, incluso entre parejas cuyos miembros funcionan bien psicológicamente, puede llevar a malestar en la pareja.

El desacuerdo que resulta de necesidades fundamentales insatisfechas es descrito en este modelo mejorado de la CBCT como “malestar primario” y es una base primaria de insatisfacción con su relación para los miembros de la pareja. Por su parte, las parejas que usan estrategias desadaptativas de respuesta a sus necesidades y deseos insatisfechos (p. ej.,

mediante la retirada o el abuso verbal del otro), pueden crear un “malestar secundario” (Epstein y Baucom, 2002).

Otros estresores dentro de la pareja pueden ser la presencia de psicopatología o asuntos individuales sin resolver a largo plazo que pueden empeorar el funcionamiento de ambos miembros de la pareja. Sobre este punto se profundizará más adelante en la presente tesis doctoral.

También, es posible que los factores ambientales exijan demandas que quizá sobrepasen las capacidades de la pareja. Por ejemplo, un conjunto de estresores o la ocurrencia de un estresor inesperado y no normativo (un desastre natural, o un atentado terrorista, que es el tema que aquí nos ocupa) pueden sobrepasar los intentos de afrontamiento de la pareja y resultar en un malestar grave y en una crisis de pareja. Para Baucom et al. (2008, 2015) los terapeutas de la tradicional BCT suelen maximizar o minimizar los impactos de estresores externos en la pareja, pero la actual CBCT toma a éstos en cuenta.

Finalmente, los autores señalan que la influencia de factores individuales, ambientales y de pareja en el funcionamiento de la relación se puede modificar basándose en el género, la etnia y los antecedentes culturales de ambos miembros. Los estudios han demostrado que los roles en las relaciones, los enfoques de poder y las formas de procesar la relación pueden diferir entre hombres y mujeres como grupos, entre grupos étnicos y culturales y dentro de esos propios grupos. Por ejemplo, ya hemos mencionado en el capítulo 2 los hallazgos de Christensen y Heavet (1990) que encontraron que un número significativo de parejas con dificultades exhibían un patrón de interacción en el que un miembro demanda y persigue al otro para la interacción mientras que el otro miembro escapa. Baucom et al. (2008) incorporan estas aportaciones teniendo en cuenta la influencia de las diferencias de género en esos roles y en cómo hombres y mujeres organizan y procesan la información acerca de su relación, lo cual ha sido explicado en el capítulo 2 de la presente tesis doctoral.

Aunque el enfoque de la CBCT ha hecho avances significativos centrándose en temas de género en la terapia de pareja, ha puesto una atención limitada en el impacto de temas raciales, étnicos y culturales en el funcionamiento de la pareja y en el tratamiento. Para Baucom et al. (2008, 2015), la CBCT mejorada utiliza un foco contextual que reconoce el impacto de los estresores sociales y ambientales en el funcionamiento de las relaciones, fomentando la identificación de los temas que caracterizan el conflicto en parejas étnicamente diversas, promoviendo el empoderamiento y ayudando a las parejas a construir sobre la base de sus fortalezas y recursos y a generalizar los beneficios del tratamiento (Kelly, 2006; LaTaillade, 2006). Los autores citan, por ejemplo, las investigaciones de Kelly y Iwamasa (2005) que se centran en fomentar el uso de la pareja de los apoyos y recursos ambientales como parte de un enfoque más amplio que añade múltiples niveles al ambiente de la pareja, empleando las diversas fortalezas de la pareja para aliviar el malestar en la relación.

#### ***3.3.2.3 Intervenciones en el proceso de terapia***

A continuación resumimos las intervenciones que se realizan para modificar el comportamiento, las cogniciones y las emociones. Para ello nos basamos en la obra de Baucom et al. (2008, 2015). Es muy importante aclarar, como señalan estos autores, que la experiencia subjetiva de un individuo es típicamente una mezcla de cogniciones y emociones que no están claramente diferenciadas unas de otras. Por lo tanto, cuando se discuten las intervenciones centradas en el comportamiento, las cogniciones y las emociones es, según Baucom et al. (2008), con el reconocimiento de que la mayoría de las intervenciones afectan a todos estos dominios de funcionamiento de la relación.

##### ***1.) Intervenciones para modificar el comportamiento***

En CBCT siempre ha habido un fuerte énfasis en ayudar a los miembros de las parejas a comportarse de manera más sana y adaptativa entre sí, y este énfasis continúa en la CBCT que

Baucom et al. (2008, 2015) llaman “mejorada”. El gran número de intervenciones conductuales específicas que el terapeuta podría emplear con la pareja se dividen en dos categorías: el cambio de conducta guiado y las intervenciones basadas en habilidades (Epstein y Baucom, 2002).

El “cambio de conducta guiado” implica intervenciones que se centran en el cambio de comportamiento sin un componente de habilidades. Es útil que el terapeuta discuta con la pareja la importancia de que cada persona acometa cambios constructivos de conducta, independientemente del comportamiento de la otra persona (Halford, Sanders y Behrens, 1994; citado en Baucom et al., 2008). El objetivo es que las parejas desarrollen una serie de acuerdos sobre cómo quieren hacer cambios en su relación para satisfacer las necesidades de ambas personas, para ayudar a que su relación funcione eficazmente e interactuar positivamente con su entorno. Baucom et al. (2008) señalan que estos tipos de cambios de comportamiento guiados pueden implementarse en dos niveles de especificidad y por diferentes razones y citan ejemplos al respecto, tomados de diferentes autores.

En primer lugar, una pareja y un terapeuta pueden decidir que necesitan cambiar el clima emocional de la relación. Por ejemplo, el terapeuta y la pareja podrían decidir que es importante que los individuos disminuyan la frecuencia y la intensidad de las interacciones negativas y aumenten la frecuencia y la intensidad de los comportamientos positivos. Ejemplos de estas intervenciones son “días de amor” (Weiss et al., 1973) y “días de cuidado” (Stuart, 1980).

En segundo lugar, los cambios de comportamiento guiados también se pueden utilizar de una manera más focal. Como parte de la evaluación inicial, el terapeuta y la pareja típicamente identifican temas clave relacionados con los problemas de la relación. Por ejemplo, se pueden diseñar más intervenciones focalizadas al cambio de comportamiento guiado alrededor de las necesidades importantes que una o ambas personas han señalado como centrales para su bienestar.

Por otra parte, las intervenciones basadas en habilidades suelen involucrar al terapeuta proporcionando a la pareja el entrenamiento en el uso de las habilidades de comportamiento particulares, a través de discusiones didácticas u otros medios, seguida por oportunidades para que la pareja practique el comportamiento de los nuevos modos de relación. Por ejemplo, el entrenamiento en habilidades de comunicación normalmente ha implicado este formato. Independientemente de si se trata de un déficit de habilidades o un déficit de rendimiento, discutir directrices para la comunicación constructiva puede ser útil para las parejas para poder interactuar de manera constructiva. Baucom y Epstein (1990) y Epstein y Baucom (2002), ambos citados en Baucom et al. (2008), diferencian dos tipos principales de comunicación: discusiones en pareja centradas en compartir pensamientos y sentimientos, y conversaciones para la toma de decisiones y/o la solución de problemas.

Las directrices para estos dos tipos de comunicación se proporcionan en las tablas siguientes. Los autores señalan que estas directrices se presentan como recomendaciones, no como reglas rígidas, y que las pautas pueden ser alteradas dependiendo de las necesidades de cada pareja.

Tabla 2. Pautas para discusiones de pareja (adaptadas de Baucom et al., 2015)

<b>Habilidades para compartir pensamientos y emociones</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exprese sus opiniones subjetivamente, como sus propios sentimientos y pensamientos, no como verdades absolutas. Además, hable por sí mismo, lo que piensa y siente, no lo que su pareja piensa y siente.</li> <li>2. Exprese sus emociones o sentimientos; no sólo sus ideas.</li> <li>3. Al hablar de su pareja, exprese sus sentimientos acerca de su pareja, no sólo sobre un evento o una situación.</li> <li>4. Al expresar emociones o preocupaciones negativas, también incluya cualquier sentimiento positivo que tenga acerca de la persona o situación.</li> <li>5. Haga su declaración tan específica como sea posible, tanto en términos de emociones y pensamientos específicos.</li> <li>6. Hable en "párrafos"; es decir, exprese una idea principal con cierta elaboración, y luego permita que su pareja responda. Hablar por un largo período de tiempo sin un descanso hace que sea difícil para su pareja a escuchar.</li> <li>7. Exprese sus sentimientos y pensamientos con tacto y sincronización, para que su pareja pueda escuchar lo que está diciendo sin volverse a la defensiva.</li> </ol>	
<b>Habilidades para escuchar a su pareja</b>	Maneras de responder mientras su pareja está hablando	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demuestre que entiende las declaraciones de su pareja y acepta su derecho a tener esos pensamientos y sentimientos. Demuestre esta aceptación a través de su tono de voz, expresiones faciales y postura.</li> <li>2. Trate de ponerse en el lugar de su pareja y mirar la situación desde su perspectiva para determinar cómo su pareja se siente y piensa en el tema.</li> </ol>
	Maneras de responder después de que su pareja termina de hablar	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Después de que su pareja termine de hablar, resuma y repita sus sentimientos, deseos, conflictos y pensamientos más importantes. Esto se llama reflexión.</li> <li>4. Mientras esté en el papel de oyente, <u>no</u>: <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Haga preguntas, excepto para la aclaración.</li> <li>B. Exprese su propio punto de vista u opinión.</li> <li>C. Interprete o cambie el significado de las declaraciones de su pareja.</li> <li>D. Ofrezca soluciones o intente resolver un problema, si existe.</li> <li>E. Haga juicios o evalúe lo que su pareja ha dicho.</li> </ol> </li> </ol>

Durante el entrenamiento de habilidades, tenemos en cuenta las recomendaciones de Baucom et al. (2008), de que el terapeuta debe estar atento tanto al proceso de comunicación de la pareja como a los temas importantes específicos de cada pareja. En enfoques anteriores de la CBCT, el terapeuta comúnmente restringe su papel al de un entrenador, centrándose en el proceso de comunicación y asiste poco al contenido de lo que los miembros de la pareja están

discutiendo. Sin embargo, en esta “CBCT mejorada” se parte de que las intervenciones de comunicación pueden ser más eficaces si el proceso de comunicación y los temas importantes en la relación de la pareja, asociados a sus problemas de relación, se abordan simultáneamente.

Con relación a la resolución de problemas y conflictos en la pareja, estos autores recomiendan que, dependiendo de las necesidades de cada pareja, las pautas pueden ser alteradas o ciertos puntos se pueden enfatizar. Por ejemplo, si el terapeuta está trabajando con una pareja bastante intelectualizada que evita las emociones y aborda cuestiones en un nivel puramente cognitivo, entonces es muy importante compartir sus emociones para conseguir mayor cercanía.

*Tabla 3. Directrices para conversaciones destinadas a la toma de decisiones en pareja (adaptado de Baucom et al., 2015)*

1. Exponga de forma clara y específica cuál es el problema.	<p>A. Exprese la cuestión en términos de comportamientos que están ocurriendo o no que no están ocurriendo actualmente o en términos de lo que necesita ser decidido.</p> <p>B. Desglose problemas grandes y complejos en varios problemas más pequeños, y trátelos uno a uno.</p> <p>C. Asegúrese de que ambas personas estén de acuerdo en la declaración del problema y de que estén dispuestas a discutirlo.</p>
2. Aclare por qué el tema es importante y cuáles son sus necesidades.	<p>A. Aclare por qué el tema es importante para usted y proporcione su comprensión de los problemas involucrados.</p> <p>B. Explique cuáles son sus necesidades que le gustaría que se tomaran en cuenta en la solución; no ofrezca soluciones específicas en este momento.</p>
3. Debata posibles soluciones.	<p>A. Proponga soluciones concretas y específicas que tengan en cuenta sus necesidades y preferencias así como las de su pareja. No se concentre en soluciones que sólo satisfacen sus necesidades individuales.</p> <p>B. Céntrese en soluciones para el presente y el futuro. No se obceque en el pasado o trate de atribuir la culpa de las dificultades pasadas.</p> <p>C. Si tiende a concentrarse en una única alternativa o en un número limitado de ellas, considere el "brainstorming" (generando una variedad de posibles soluciones de una manera creativa).</p>
4. Decida sobre una solución que sea factible y agradable para ambos.	<p>A. Si no puede encontrar una solución que le agrade a ambos, sugiera una solución de compromiso. Si no es posible un compromiso, acepte seguir las preferencias de una persona.</p> <p>B. Exponga su solución en términos conductuales claros y específicos.</p> <p>C. Después de acordar una solución, pida a un miembro de la pareja que replantee la solución.</p> <p>D. No acepte una solución si no tiene la intención de seguir adelante con ella.</p> <p>E. No acepte una solución que le haga sentirse enfadado o resentido.</p>

5. Decida sobre un período de prueba para implementar la solución si es una situación que ocurrirá más de una vez.	A. Permita varios intentos de la nueva solución. B. Revise la solución al final del período de prueba. C. Revise la solución si es necesario, teniendo en cuenta lo que ha aprendido hasta ahora.
--	---

Es muy importante considerar que la manera en que el terapeuta implementa la técnica de solución de problemas va a estar en función de las características particulares de la pareja y de las dificultades que presenta cada pareja en el proceso de solución de problemas. Por ejemplo, como plantean Baucom et al. (2008), para algunas parejas, llegar a una solución mutuamente acordada es la tarea difícil. Una vez que los miembros de la pareja han acordado una solución, lo llevan a cabo efectivamente. Para estas parejas el paso de la generación de alternativas es muy importante. En cambio, otras parejas alcanzan soluciones más fácilmente, pero rara vez ponen en práctica sus acuerdos. Si el último patrón se hace evidente durante el curso de la terapia, el terapeuta puede prestar más atención a ayudar a los miembros de la pareja a implementar sus soluciones de manera más efectiva. Así, es posible hablar sobre las posibles barreras que les dificultan poner las soluciones en práctica y de cómo pueden recordarse este acuerdo para ponerlo en práctica durante la semana.

Este enfoque significa que el terapeuta no siempre puede ser una parte neutral cuando los miembros de la pareja proponen soluciones específicas a un problema. Por ejemplo, el terapeuta podría expresar preocupación por la solución si una solución dada parece contraria a los objetivos generales de la pareja y a los cambios temáticos necesarios en la relación. Este enfoque también significa que, en algún momento durante la conversación de toma de decisiones de la pareja, el terapeuta puede proporcionar información educativa que ayude a guiar la conversación.

Los autores consideran que este importante cambio dentro de los enfoques cognitivo-conductuales proporciona un equilibrio necesario entre el abordaje de los procesos interactivos y la necesidad de brindar atención al contenido de las preocupaciones de una pareja.



## 2.) *Intervenciones para modificar las cogniciones*

En esta área se tiene en cuenta que, en ocasiones, el enfoque de la terapia no está tanto en cambiar el comportamiento, sino más bien en ayudar a los miembros de la pareja a reevaluar sus conocimientos sobre comportamientos que ocurren o no ocurren, y verlos de una manera más razonable y equilibrada.

Como se ha abordado con anterioridad, los comportamientos de las parejas en las relaciones íntimas tienen un gran significado, y no considerar estos factores cognitivos puede limitar la efectividad del tratamiento. En capítulo 2 de la presente tesis, hemos enumerado una variedad de variables cognitivas que son importantes para entender las relaciones de parejas.

En el trabajo con pensamientos y creencias, en el área de las parejas, se puede utilizar una amplia variedad de estrategias de intervención cognitiva. Estas intervenciones, como bien plantean Baucom et al. (2008, 2015), tienden a enfatizar uno de dos enfoques amplios: el diálogo socrático o el descubrimiento guiado.

*Tabla 4. Estrategias de intervención cognitiva usadas frecuentemente en terapia de pareja (Baucom et al., 2008)*

- Evalúe las experiencias y la lógica que apoyan una cognición.
- Sopesa las ventajas y desventajas de una cognición.
- Considere los peores y mejores resultados posibles de situaciones.
- Proporcione mini clases educativas, lecturas y grabaciones.
- Utilice el método inductivo de "flecha descendente".
- Identifique los macro patrones de respuestas de situaciones cruzadas.
- Identifique patrones a gran escala en relaciones pasadas.
- Aumente el pensamiento esquemático de relación señalando ciclos repetitivos en la interacción de pareja.

Con relación al diálogo socrático (que consiste en hacer una serie de preguntas para ayudar a un individuo a reevaluar la lógica de su pensamiento, a comprender las cuestiones subyacentes y las preocupaciones que no son al principio evidentes y así, sucesivamente) los autores recomiendan que, en el contexto de la terapia de pareja, dicho diálogo se use con cautela, pues, a menudo, un miembro de la pareja ha culpado explícitamente al individuo por

sus problemas de relación, frecuentemente diciéndole al individuo que su pensamiento está distorsionado. Con el miembro de la pareja presente, es más probable que un individuo esté a la defensiva y no quiera reconocer que su pensamiento ha sido selectivo o sesgado, en algún grado, en contra de la pareja. Por lo tanto, hacerle al individuo una serie de preguntas cuestionando su modo de ver la realidad, frente a un miembro de la pareja crítico u hostil, puede despertar la actitud defensiva de la persona. Por lo tanto, Baucom et al. (2008) recomiendan que estas intervenciones puedan tener más éxito con las parejas en las que los dos miembros de la pareja son menos hostiles y perjudiciales entre sí.

Con respecto al descubrimiento guiado, implica una amplia variedad de intervenciones en las que el terapeuta crea experiencias para una pareja, de manera que uno o ambos miembros comiencen a cuestionar su pensamiento y desarrollar una perspectiva diferente sobre la pareja o la relación.

Por último, es importante valorar las normas que están en la base de los comportamientos sobre cómo un miembro de la pareja debe comportarse en una relación cercana. Las normas no se abordan principalmente evaluando su lógica, porque no se basan en la lógica si no que se abordan más apropiadamente con métodos que se centran en las ventajas y desventajas de vivir por ellos. Baucom et al. (2008) ofrecen pautas para abordar las normas de relación como un ejemplo de reestructuración cognitiva con parejas.

El proceso se realiza de la siguiente manera: después de que los miembros de la pareja discutan completamente sus diferentes normas con respecto a un aspecto de su relación, se les pide que piensen en un punto medio que responda a las perspectivas de ambos miembros de la pareja y sea aceptable para ambas personas. Después de conseguir un acuerdo, se les pide que tomen decisiones sobre cómo ese punto medio sería puesto en práctica en su relación diariamente, en términos de comportamientos concretos que cada persona exhibiría.

### 3.) *Intervenciones para modificar las emociones*

Su objetivo es conseguir una comunicación afectiva adecuada, apoyándose en la regulación emocional de las emociones desbordadas o minimizadas. Cada uno de estos amplios dominios incluye dificultades más específicas que los individuos experimentan con las emociones, con intervenciones particulares que son apropiadas.

Como ya se ha mencionado, para el trabajo con las emociones Baucom et al. (2008, 2015) toman en cuenta los aportes de terapia enfocada en las emociones para parejas. En primer lugar, Greenberg y Safran (1987) denominan “emociones primarias” a aquellas relacionadas con necesidades y motivos importantes. Los autores explican que, a menudo, las personas evitan la experiencia o expresión de estas emociones, porque las ven como peligrosas o vulnerables. Como resultado, las personas cubren estas emociones primarias con emociones secundarias que les hacen sentir más seguros o menos vulnerables. Así, por ejemplo, en lugar de experimentar y expresar miedo y ansiedad a su pareja, un individuo podría experimentar sentimientos como la ira, que son menos amenazantes y que ayudan a que se sienta menos vulnerable. Por eso, el trabajo terapéutico insiste en la necesidad de promover el intercambio entre los miembros de las parejas de las emociones que han sido previamente evitadas u ocultadas, en particular las emociones que expresan vulnerabilidad.

Las tablas que se presentarán más adelante enumeran una variedad de estrategias para ayudar a los individuos a acceder y aumentar su experiencia emocional. La decisión de utilizar tales intervenciones debe basarse en una evaluación cuidadosa de que esta restricción en la experiencia o expresión emocional está interfiriendo con el bienestar de la pareja o de los miembros de la pareja.

Estas intervenciones se basan en *varios principios generales*:

- a) El terapeuta intenta crear una atmósfera segura normalizando la experiencia y la expresión de las emociones positivas y negativas.

- b) El terapeuta promueve este ambiente seguro animando a la pareja a responder al individuo de una manera cariñosa y empática cuando la persona expresa diversas emociones.
- c) Partiendo de que el individuo podría tratar de evitar una emoción o escapar una vez que la sesión se centra en las emociones, el terapeuta podría enfocarse en la expresión de una experiencia emocional; por supuesto, esto debe hacerse con el tiempo y la moderación apropiados para evitar abrumar al individuo.

*Tabla 5. Intervenciones emocionales en terapia de pareja I (Baucom et al., 2008)*

<b>Acceso y aumento de la experiencia emocional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalice las experiencias emocionales, positivas y negativas.</li> <li>• Clarifique los pensamientos, entonces relaciónelos con las emociones.</li> <li>• Use preguntas, reflexiones e interpretaciones para extraer las emociones primarias.</li> <li>• Describa las emociones a través de metáforas e imágenes.</li> <li>• Frustre los intentos de distraer al yo de experimentar la emoción.</li> <li>• Aliente la aceptación de la experiencia del individuo por parte de la pareja.</li> </ul>

Por otra parte, pueden existir dificultades para regular la experiencia y expresión de emociones, en particular de emociones negativas (lo cual es motivo de preocupación para la pareja si uno o ambos compañeros están experimentando y expresando altos niveles de emoción negativa, o expresando estas emociones en entornos que no son apropiados). Para la intervención con estas emociones desbordadas se utilizan intervenciones cognitivo-conductuales, como medios para moderar la frecuencia y la intensidad con que se expresan las emociones de la persona. En la tabla siguiente se enumeran tales intervenciones.

*Tabla 6. Intervenciones emocionales en terapia de pareja II (Baucom et al., 2008)*

<b>Contención de experiencia/expresión de emociones negativas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fije momentos para analizar emociones y pensamientos relacionados con su pareja.</li> <li>• Practique la "compartimentación saludable".</li> <li>• Busque medios alternativos para comunicar sentimientos y obtener apoyo.</li> <li>• Tolere sentimientos angustiosos.</li> </ul>

Baucom et al. (2008, 2015) explican estas estrategias y citan las investigaciones al respecto. Por ejemplo, el programar tiempos para discutir asuntos que están trastornando a uno o a ambos compañeros se hace para restringir o contener la frecuencia y la configuración en la que se expresan emociones fuertes. Por otra parte, los autores citan a Linehan (1993) que ha propuesto una variedad de intervenciones para ayudar a las personas con una mala regulación del afecto que Kirby y Baucom (2007) han integrado en los principios de CBCT para ayudar a las parejas que experimentan la desregulación emocional crónica. Por ejemplo, una de estas intervenciones consiste en enseñar a los individuos a tolerar emociones angustiosas.

Otra estrategia es la "compartimentación saludable", que implica restringir los sentimientos de disgusto a un determinado aspecto de la relación con el que no se esté bien, y permitirse gozar de otros aspectos positivos y placenteros de la relación cuando ocurren. Por último, puede ser útil buscar formas alternativas de comunicar sentimientos y obtener apoyo, quizás de individuos distintos al compañero; por ejemplo, los amigos, mantener un diario para expresar sus emociones, u otras alternativas para liberar las emociones fuertes.

En último lugar, los autores destacan el hecho de que intentar enseñar estas estrategias y habilidades a un individuo en un contexto de la pareja puede ser difícil o a veces imposible, como en los casos en que uno de los miembros de la pareja sirve como un fuerte estímulo negativo para el individuo que tiene dificultad para regular la emoción. En este caso, recomiendan la terapia individual para la persona que tiene mala regulación del afecto como un complemento útil para la terapia de pareja.

#### ***3.3.2.4 Resumen de objetivos y técnicas de intervención en el enfoque cognitivo-conductual***

Teniendo en cuenta las aportaciones señaladas en el recorrido histórico que hemos efectuado por la terapia de pareja conductual clásica y uno de sus desarrollos más recientes (el enfoque Cognitivo-conductual), Baztarrica, Olano y Labrador (2015) resumen los principales objetivos del tratamiento para la terapia de pareja: motivar a ambos miembros de la pareja y

prepararlos para el cambio; establecer objetivos terapéuticos comunes aceptados por ambos miembros; resolver los problemas individuales (desarrollando estrategias de afrontamiento de los mismos para poder avanzar en la terapia de pareja); mejorar el clima emocional mediante el intercambio de refuerzo positivo, facilitando que la atención de ambos se centre en los aspectos positivos de la relación; fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos, modificando los pensamientos, creencias y expectativas no realistas sobre la relación; mejorar las habilidades de comunicación y ampliar la comunicación hacia todas las áreas de la pareja; dotar de habilidades de afrontamiento eficaces, enseñando estrategias de resolución de conflictos de forma conjunta; conseguir una adecuada regulación emocional, mejorar la sexualidad y trabajar en la prevención de recaídas, previniendo futuros problemas de pareja y aprender cómo afrontarlos si aparecen.

Baztarrica et al. (2015) relacionan estos objetivos con las principales técnicas utilizadas en terapia de pareja, ya sea que se usen específicamente en este tipo de terapia o se trate de técnicas más generales con consideraciones especiales cuando se aplican a esta modalidad de terapia.

*Tabla 7. Relación de objetivos y técnicas en terapia de pareja (Baztarrica et al., 2015, pp. 126-127)*

<b>OBJETIVO-ÁREA</b>	<b>TÉCNICAS ÚTILES PARA ESTE OBJETIVO-ÁREA</b>
Motivar y preparar al cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Grafico circular para ajustar porcentajes de causalidad</li> <li>- Propósito de vida: mejorar mi relación de pareja</li> </ul>
Establecer objetivos comunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de objetivos</li> <li>- Planificación del tiempo</li> <li>- Horas a la semana, día al mes y semana al año.</li> </ul>
Resolver los problemas individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración cognitiva.</li> <li>- Entrevista motivacional.</li> </ul>
Mejorar el clima emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intercambio de reforzadores.</li> <li>- Contrato conductual.</li> <li>- Diario feliz.</li> </ul>
Fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración cognitiva.</li> <li>- Experimentos conductuales.</li> </ul>

OBJETIVO-ÁREA	TÉCNICAS ÚTILES PARA ESTE OBJETIVO-ÁREA
Mejorar la comunicación	- Programa de habilidades sociales. - Discusiones absurdas.
Dotar de habilidades de afrontamiento	- Control estimular. - Solución de problemas.
Conseguir una adecuada regulación emocional	- Técnica del semáforo. - Autocontrol emocional. - Técnica del perdón. - Alternativas para tratar el pasado.
Mejorar la sexualidad	- Focalización sensorial. - Focalización sexual.
Prevenir recaídas	- Prevención de recaídas. - Como si el otro nunca hubiera ido a terapia.

Además, estos autores señalan que hay técnicas que se utilizan para la mayor parte de los objetivos.

*Tabla 8. Técnicas que se utilizan para la mayor parte de los objetivos en terapia de pareja (Baztarrica et al., 2015, p. 128)*

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Psicoeducación.</b> La mayor parte de los objetivos requieren la explicación del área y las técnicas que se van a implementar a través de la psicoeducación.</li> <li>○ <b>Contrato conductual.</b> Dependiendo de las conductas objeto, el contrato conductual puede ser utilizado en la mayoría de las áreas de intervención presentadas, e implica aspectos de información y motivación muy relevantes.</li> <li>○ <b>Reestructuración cognitiva.</b> Ésta técnica no solo es necesaria para generar un cambio cognitivo sino que es utilizada de forma transversal en todo el tratamiento para ir reestructurando los pensamientos sesgados que aparezcan en cada una de las áreas.</li> </ul>
--

### 3.3.2.5 Mecanismos de cambio

Baucom et al. (2008) plantean el problema de que ni CBCT ni ningún otro enfoque teórico, a la hora de abordar los problemas de relación de pareja, han aislado los mediadores o mecanismos de cambio en la terapia de pareja. En este sentido, Halford y Snyder (2012) revisaron la evidencia sobre los mediadores de la terapia de pareja y sacaron conclusiones importantes, citando las investigaciones que apoyan sus planteamientos.

*En primer lugar*, las terapias de pareja con aval empírico si modifican los mediadores del cambio terapéutico hipotétizados.

*En segundo lugar*, no se puede establecer una relación simple entre el tipo de terapia proporcionado y el cambio de los mediadores. Por ejemplo, la terapia de pareja conductual con o sin estrategias de cambio cognitivo, produce reducciones similares en la cognición y el afecto negativo (Halford, Sanders y Behrens, 1993) y también mejora la aceptación en la pareja, aunque no en la misma medida que la terapia de pareja conductual integrativa (Doss et al., 2005). Este último tipo de terapia produce cambios en la frecuencia de las conducta reportadas, aunque la atención se centra más en la promoción de la aceptación de este tipo de comportamiento, más que en el cambio de comportamiento per se (Doss et al., 2005). En este sentido, las etiquetas utilizadas para describir tipos de terapia de pareja pueden ser potencialmente engañosas al dar a entender que las intervenciones específicas producen efectos específicos a través de procesos de mediación específicos.

*En tercer lugar*, señalan Halford y Snyder (2012), no se ha apreciado una relación directa entre los cambios observados en los mediadores hipotéticos y los cambios en los problemas de relación de pareja. Los autores citan dos estudios que no encontraron asociación entre los cambios en la comunicación de la pareja después de la terapia de pareja conductual y cambios en las dificultades en la relación (Halford et al., 1993; Iverson y Baucom, 1990), aunque un tercer estudio encontró una diferencia estadísticamente fiable (aunque de magnitud modesta) en la asociación entre las mejoras en comunicación y la relación de satisfacción a través del curso de la terapia de pareja conductual (Sayers et al., 1991, citado en Halford y Snyder, 2012). Del mismo modo, plantean los autores, los cambios en las cogniciones no predicen ganancias de las parejas en cuanto a la satisfacción tras la terapia centrada en las emociones (Emmelkamp et al., 1988; Halford et al., 1993). Por último, señalan Halford y Snyder, los mediadores del cambio de la terapia de pareja pueden variar a través del curso de la terapia.



La combinación de estos conjuntos de hallazgos, mencionan Baucom et al. (2008) sugiere dos posibilidades. **Primero:** diferentes mecanismos específicos de cambio son importantes para diferentes parejas. Así, las parejas diferentes pueden necesitar diferentes tipos de intervención y los mecanismos de cambio varían en consecuencia. Por ejemplo, señalan estos autores, algunos miembros de la pareja pueden necesitar entender y experimentarse el uno al otro de maneras diferentes. Otros podrían necesitar experimentar un cambio de comportamiento significativo en sus formas de interactuar unos con otros. Por lo tanto, un terapeuta probablemente necesita tener una variedad de intervenciones específicas disponibles para adaptarse a parejas específicas.

**Segundo:** señalan Baucom et al. (2015) que existen mecanismos más amplios de cambio inespecífico que están presentes en diferentes orientaciones teóricas, y citan las investigaciones relacionadas (Sprenkle, Davis y Levow, 2009). Por ejemplo, Sullivan y Baucom (2005) han acuñado el término “procesamiento de relación esquemática” (RSP) para referirse al grado en que un individuo procesa la información en términos de procesos de relación circular. Sullivan y Baucom (2002) propusieron que el aumento del RSP podría ser un mecanismo no específico de cambio en diferentes enfoques teóricos; es decir, cualquier terapia de pareja eficaz enseña a los individuos a pensar de manera más apropiada en términos de relación. De acuerdo con esta noción, demostraron que: (1) la CBCT aumenta la cantidad y la calidad del RSP masculino, y (2) el aumento de la satisfacción marital de las mujeres estaba relacionado con el aprendizaje por parte de los hombres de un procesamiento más efectivo de la información en términos de relación. En este sentido, recomiendan Baucom et al. (2008) que es importante continuar explorando si las intervenciones específicas que los terapeutas emplean son las variables críticas, o si el cambio terapéutico puede ser explicado de otras maneras también.

Baucom et al. (2008) indican, además, que los cambios que las parejas hacen en respuesta al tratamiento podrían estar relacionados con los factores del terapeuta, además de las intervenciones que se emplean. En primer lugar, plantean los autores, los terapeutas necesitan

desarrollar una rica conceptualización de una pareja específica, y diseñar un plan de tratamiento basado en esta conceptualización. CBCT, con su inclusión de muchas intervenciones específicas, se presta a un enfoque manual que se ha demostrado eficaz. Por otra parte, los terapeutas que son capaces de procesar la información rápidamente y responder en el momento son más eficaces con este enfoque, por ejemplo, interviniendo con rapidez para detener la escalada de los ciclos de interacción negativos. A veces, esto implica capacitación de habilidades, por lo que los terapeutas deben estar cómodos en el papel de profesor, así como entrenador. Por lo tanto, en una variedad de maneras, concluyen Baucom et al. este modelo exige que el terapeuta sea activo y directivo, y los terapeutas que se sienten incómodos con esta postura pueden luchar contra el modelo.

Otros problemas que se les pueden presentar a los terapeutas tienen que ver con el manejo de las emociones. El terapeuta debe ayudar a la pareja a abordar las experiencias dolorosas o tristes con un énfasis en el aumento de la emoción, por lo que un terapeuta CBCT eficaz debe estar cómodo frente a todo un rango de emociones. En resumen, las habilidades intelectuales y de intervención que un terapeuta tiene pueden contribuir a la eficacia del modelo.

Por último Baucom et al. (2015) citan la existencia de nuevas líneas de investigación para mejorar la terapia de pareja (Davis, et al., 2012); específicamente, el papel de los procesos universales comunes a través de los enfoques de terapia de pareja con el objetivo de perfeccionar el uso de los procesos compartidos. En esta línea, Benson et al. (2012) y Sprenkle et al. (2009; ambos citados en Davis et al., 2012) tratarán de aclarar la existencia de una serie de factores universales que se han asociado a la eficacia de la terapia de pareja en general y que, por consiguiente, están presentes también en la terapia de pareja cognitivo-conductual. Estos procesos universales diferencian la terapia de pareja de la terapia individual. Benson et al. (2012) sugirió cinco procesos comunes a todas las terapias de pareja eficaces: (1) la terapia intenta aumentar el grado en que la perspectiva de los miembros de la pareja es objetiva,

diádica y contextualizada, en lugar de unilateral y culpabilizadora. (2) los terapeutas disminuyen el grado en que las parejas están participando en los patrones de interacción disfuncionales (impulsados por las emociones desbordadas). (3) los terapeutas promueven el intercambio entre los miembros de las parejas de las emociones que han sido previamente evitadas u ocultadas, en particular las emociones que expresan vulnerabilidad. (4) los terapeutas toman medidas para mejorar los patrones de comunicación de las parejas. (5) los terapeutas aumentan la relevancia de las áreas de fortaleza y de las instancias de la resiliencia en las relaciones de pareja. Para poner en práctica estos factores de manera efectiva los terapeutas suelen tener una formulación de caso clínico que explica el patrón de interacción de la pareja que sustenta sus problemas en la relación. La utilización de los elementos cruciales en la terapia de pareja podría permitir un enfoque más eficaz de la terapia de pareja en los procesos universales eficaces (Halford y Snyder, 2012).

Tomando en cuenta todo lo anterior, Baucom et al. (2015) subrayan el hecho de que debemos permanecer realistas sobre lo que podemos lograr con una pareja determinada, aún cuando optimizamos el tratamiento considerando una variedad de intervenciones específicas e inespecíficas, junto con un terapeuta eficaz. Como terapeutas de pareja, no podemos crear química entre los miembros de la pareja; pero sí podemos ayudarlos a crear maneras saludables y adaptativas de interactuar entre sí, permitiéndoles alcanzar su potencial. Baucom et al. (2015, p. 46) concluyen que “por un lado, este potencial podría conducir a una relación gratificante y enriquecedora; por otro lado, las parejas pueden decidir que necesitan terminar su relación”.

#### ***3.3.2.6 Apoyo empírico del tratamiento y aplicaciones del mismo***

La terapia de pareja cognitivo-conductual es la modalidad terapéutica más utilizada por los terapeutas (Northey, 2002, citado en Baucom et al., 2015) y también la modalidad de tratamiento más validada, con aproximadamente dos docenas de estudios controlados hasta hoy. Ha demostrado ser una intervención eficaz para las parejas con dificultades en varias

ocasiones (Baucom, Shoham, Meuser, Daiuto y Stickle, 1998; Christensen y Heavey, 1999; Hahlweg, Markman, 1988; Jacobson y Addis, 1993; todos citados en Baucom et al., 2008). Desde su desarrollo temprano (p. ej., Jacobson y Margolin, 1979), esta modalidad de terapia se ha convertido en uno de los tratamientos más ampliamente investigados para las dificultades de pareja y ha sido revisada en detalle en varias publicaciones (Alexander, Holtzworth-Munroe y Jamenson, 1994; Baucom y Epstein, 1990; Baucom y Hoffman, 1986; Baucom et al., 1998; Bray y Jouriles, 1995; Christensen et al., 1994; Jacobson y Addis, 1993; Snyder et al., 2006) así como en metaanálisis (Baucom et al., 2003; Dunn y Schwebel, 1995; Hahlweg y Markman, 1998; Shadish y Baldwin, 2003, 2005; todos citados en Baucom et al., 2015). En todas estas revisiones se llega a la misma conclusión: esta modalidad de terapia es una intervención eficaz para el tratamiento de las parejas con dificultades. De hecho, sigue siendo la única terapia de pareja hasta la fecha que cumpla con los criterios más estrictos para considerarse empíricamente validada.

Con relación a la aplicación del tratamiento, su uso se ha extendido a abordar cuestiones específicas que afectan a las parejas como: (1) la terapia de pareja para casos de agresión psicológica y física leve y moderada (O’Leary, Heyman y Neidig, 1999; Brannen y Rubin, 1996; Heyman y Neidig, 1997; Stith, Rosen, McCollum y Thomsen, 2004; Kahn, Epstein y Kivligham, 2015); que se ha aplicado inclusive en programas de prevención de abusos en la pareja (Hrapczynski, Epstein, Werlinich y LaTaillade, 2011; LaTaillade et al., 2006). (2) la terapia de pareja en casos de infidelidad: (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto y Stickle, 1998; Baucom, Gordon, Snyder, Atkins y Christensen, 2006; Snyder, Baucom y Gordon, 2009). (3) La terapia de pareja para el tratamiento de los problemas en la sexualidad (Hurlbert et al. 1993). Baucom et al. (1998, citado en Baucom et al., 2015; Levow et al., 2012) identificaron varias intervenciones basadas en la pareja con eficacia documentada en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas relacionadas con trastornos orgásmicos, de toda la vida o situacionales, o deseo sexual hiperactivo. También se ha utilizado para ayudar a poblaciones

específicas, tales como las relaciones interculturales, las parejas del mismo sexo y las minorías étnicas.

Asimismo el enfoque clínico se ha aplicado a parejas en las que, por ejemplo, uno de los miembros sufre de una enfermedad médica o mental significativa en el contexto de su relación íntima. Con relación a las enfermedades físicas, se ha comprobado la eficacia de la intervención en pareja basada en la mejora de la capacidad de hacer frente a los trastornos médicos graves como el cáncer, las enfermedades del corazón y la diabetes (Baucom et al., 2012; Martire et al., 2010; ambos citados en Lebow et al., 2012).

Con relación a los trastornos mentales, se ha aplicado este enfoque de la terapia de pareja en: el trastorno por abuso de sustancias (O’Farrell, Murphy, Stephan, Fals Stewart y Murphy, 2004; Schumm, O’Farrell, Murphy y Fals-Stewart, 2009); la anorexia nerviosa (Baucom, Bulik y Kirby, 2012; Bulik, Baucom, Kirby y Pisetsky, 2011; Macintosh et al., 2005); o el trastorno límite de la personalidad (Fruzzetti y Iverson 2006; Kirby y Baucom, 2004; todos citados en Baucom et al., 2015; Lebow et al., 2012).

También se ha aplicado en el tratamiento del TEPT, la depresión y la ansiedad. La aplicación específica de la terapia de pareja a estos trastornos mentales será abordada en próximos capítulos debido a la existencia de síntomas clínicamente significativos de estos trastornos en la muestra de nuestro estudio.

#### **3.3.3 La terapia de pareja conductual integrativa**

Desarrollada por Andrew Christensen y Neil Jacobson, la terapia de pareja conductual integrativa (*integrative behavioral couple therapy*, en inglés, cuyas siglas en este idioma son IBCT) es parte de lo que se ha llamado la “tercera generación” del enfoque conductista (Christensen y Jacobson, 2000).

### 3.3.3.1 La perspectiva de los problemas de relación de pareja

Para entender el enfoque y las aportaciones que realiza es importante entender cuál es la concepción de la pareja con problemas de relación que subyacen al mismo. La IBCT propone que, con el tiempo, incluso las parejas más felices y más saludables se enfrentarán áreas de diferencia y desacuerdo y que esto es normal e inevitable. Por lo tanto, los problemas en la relación no son causados por tales diferencias, desacuerdos o conflictos entre los miembros de la pareja si no por las formas destructivas que algunas parejas responden a estas incompatibilidades inevitables. Durante las primeras etapas de la relación, las diferencias no son experimentadas como amenazantes o problemáticas para la relación, si no que las dificultades vienen cuando estas diferencias surgen de vulnerabilidades que cada miembro de la pareja se trae a la relación.

Para este enfoque ***tres patrones destructivos*** con frecuencia caracterizan a los conflictos a parejas con problemas sobre sus diferencias:

- 1.) ***Coerción mutua***: este proceso es descrito por Dimidjian et al. (2008) de la siguiente manera: con el tiempo, las parejas en dificultades empiezan a hacer los esfuerzos para cambiar sus parejas. Ellos exponen que:

Estos esfuerzos iniciales de cambio pueden conllevar solicitudes directas y amable persuasión. Sin embargo, si estos esfuerzos fallan, los miembros de la pareja pueden recurrir a comportamientos negativos, tales como la crítica, la evasión, el gritarse, la inducción de culpa, y así sucesivamente. Según la teoría de la coacción (Jacobson y Christensen, 1998; Patterson y Hops, 1972; citado en Dimidjian et al., 2008), estos comportamientos negativos a menudo se ven reforzados de forma mutua e involuntaria (...) Con el transcurso del tiempo, los miembros de la pareja pueden conformar una relación basada en patrones más extremos y persistentes de su comportamiento coercitivo e

involucrarse, ambos, en la coacción del otro miembro para que cambie.

(Dimidjian et al., 2008, p. 75)

Por consiguiente, concluyen los autores, la pareja se crea un sistema coercitivo de la interacción en torno a sus diferencias.

2.) **Difamación:** A medida que estos patrones de coerción mutua se hacen más frecuentes y comunes, los miembros de la pareja comienzan a verse unos a otros como deficientes. En esencia, empiezan a difamarse el uno al otro. Dimidjian et al. (2008, p. 75) resaltan que “a medida que la difamación se afianza, cada miembro de la pareja se siente cada vez más justificado en sus esfuerzos para cambiar al otro”.

3.) **Polarización:** A medida que las diferencias entre los miembros de la pareja cada vez se convierten en una fuente de conflicto, tienden a intensificar o polarizar su comportamiento. Cada uno se vuelve más extremo en sus acciones.

Dimidjian et al. (2008) señalan el hecho de que la investigación ha proporcionado un apoyo sustancial para los principales componentes de este modelo de relación con problemas, citando tanto las investigaciones transversales comparando las parejas con dificultades frente a las parejas sanas (por ejemplo, Weiss y Heyman, 1997) como en las investigaciones longitudinales examinando los predictores de estrés (por ejemplo, Karney y Bradbury, 1995). En estas investigaciones citadas por los autores se ha documentado el papel de las interacciones recíprocas negativas y coercitivas en el origen y mantenimiento de los problemas de relación de pareja. Por último, los autores destacan que la investigación sobre los factores cognitivos ha confirmado repetidamente el papel de atribuciones negativas de la pareja en el nivel de dificultades de la misma (por ejemplo, Noller, Beach y Osgarby, 1997).

En contraste con las parejas con dificultades, para este enfoque las parejas felices son capaces de enfrentarse a sus diferencias con mayor aceptación y tolerancia.

### ***3.3.3.2 Mecanismos de cambio, técnicas y estrategias***

La IBCT realiza aportaciones al modelo clásico de la terapia conductual de parejas, con el propósito de conseguir cambios en las parejas más duraderos y hacer aplicable la terapia a una mayor variedad de parejas. Las tres aportaciones fundamentales de esta terapia: (1) se centran en los temas básicos de la pareja más que en conductas específicas; (2) pretende generar cambios más profundos y duraderos en las conductas mediante la utilización de estrategias basadas en el control de las conductas por contingencias, en contraposición al "comportamiento-normativo" en la BCT; (3) se añaden la aceptación emocional y la tolerancia hacia el otro miembro de la pareja. En este sentido, se subraya tanto la aceptación emocional como el cambio comportamental, por eso se considera un enfoque integrativo.

La IBCT se concentra en los temas principales de los asuntos de parejas y pone un renovado énfasis en un análisis funcional del comportamiento, creando una conciencia conjunta de las dificultades que provocan los patrones disfuncionales de pareja y llevando a que la pareja consiga una distancia emocional de esos patrones, para que puedan observarlos más objetivamente. Otros elementos que hay que tener en cuenta en el enfoque es que incluye aspectos de la experiencia personal como las emociones y enfatiza conceptos como la aceptación y el mindfulness además de añadir las típicas estrategias cognitivo-conductuales.

Si comparamos la terapia de pareja conductual tradicional (TBCT, siglas en inglés) y la terapia de pareja conductual integrativa (IBCT, siglas en inglés) estas dos modalidades de terapia demuestran eficacia para tratar el malestar de pareja, pero lo hacen mediante la operación de dos teorías muy diferentes de cambio. Lebow et al. (2012) señalan que la IBCT y la TBCT son claramente diferentes en términos de lo que hace el terapeuta en la sesión y en términos de cómo las parejas responden a ella, tanto dentro como fuera de la sesión. La TBCT está diseñada para enseñar de forma rápida y eficaz a las parejas con dificultades las habilidades que se consideran necesarias para la mejora de la relación y el mantenimiento de mejoras en el tiempo, mientras que el concepto de trabajo de la IBCT se basa,



mayoritariamente, en la aceptación y la tolerancia en lugar del cambio. Aunque bien es cierto que la IBCT incorpora las tradicionales técnicas de cambio de comportamiento, pero sólo en segundo lugar; ya que para esta modalidad terapéutica el fomento de la aceptación es un paso esencial hacia la mejora de los problemas de relación de pareja. Por otra parte, la TBCT postula que el desarrollo de habilidades eficaces no sólo es necesario sino suficiente para mitigar los problemas de relación. Perissutti y Barraca (2013) resumen los tres puntos en los que difieren la IBCT y la TBCT:

En el foco de cambio –en la IBCT el énfasis está en el receptor de la conducta mientras que en la TBCT el énfasis se encuentra en el agente de la conducta; en la estrategia de cambio –en la IBCT el principal mecanismo de cambio es a través de el "comportamiento moldeado por la contingencia" en contraste con el "comportamiento regulado por normas" en la TBCT; y por último en las técnicas utilizadas en la terapia –en la IBCT existe una integración de estrategias de cambio con estrategias para fomentar la aceptación y la tolerancia (Dimidjian et al., 2008). (Perissutti y Barraca, 2013, p. 12)

Las estrategias de aceptación en la terapia de pareja conductual integrativa incluyen (a) la unión empática (las parejas expresan su dolor de una manera que no incluye acusaciones a la pareja, empleando emociones “blandas” y trabajando en la comprensión de los puntos de vulnerabilidad que cada miembro de la pareja se trae a la relación producto de su historia de vida, estrategias que son similares a la terapia centrada en las emociones de Johnson, aunque con un enfoque teórico diferente ) y (b) la separación unificada (donde se busca que la pareja se enfrente de manera conjunta al problema, transformándolo en algo externo a la relación (Jacobson y Christensen, 1996). De este modo se ayuda a las parejas a distanciarse de sus conflictos mediante el fomento de un análisis intelectual del problema, que consigue el efecto

de controlar las emociones negativas y las acusaciones y permite desarrollar una perspectiva del problema más imparcial; contextualizada y diádica (Dimidjian et al., 2008).

Por otra parte, las estrategias de tolerancia se utilizan cuando fallan las de aceptación, ya que es mejor que se toleren las diferencias a que no se acepten. De este modo las conductas negativas del otro no se viven de una manera tan aversiva (Jacobson y Christensen, 1996). Estas se centran, por ejemplo, en destacar las características positivas del comportamiento negativo; practicando un comportamiento negativo en la sesión de terapia a través del role playing, por ejemplo, y fingiendo un comportamiento negativo entre las sesiones. Se utilizan, también, las habilidades de autocuidados.

Por último, las estrategias de cambio contienen el intercambio conductual y el entrenamiento en comunicación y resolución de problemas (Dimidjian et al., 2008; Jacobson y Christensen, 1998). Ambos tipos de intervenciones se emplean de una manera muy similar a como lo hace la terapia conductual tradicional de pareja (TBCT). La diferencia estriba en que la IBCT las emplea tras haber trabajado la aceptación, pues de este modo la pareja puede mostrar una mayor motivación para trabajar en dichos cambios de conductas (Jacobson y Christensen, 1996).

### ***3.3.3.3 Apoyo empírico del tratamiento***

Lebow et al. (2012) realizan una revisión de los hallazgos informados de Christensen et al. (2004, 2006, 2010) que comparan los resultados del tratamiento entre la terapia conductual tradicional de pareja (TBCT) e IBCT. Un primer ensayo clínico fue realizado por Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000) en el cuál 21 matrimonios con dificultades fueron aleatoriamente seleccionados para IBCT o la tradicional terapia conductista en parejas (TBCT). Los resultados indicaron que los terapeutas administrando ambos tratamientos podían mantenerlos de manera distinta y que el IBCT producía mejores resultados en la satisfacción marital y efectos de tamaño más fuertes que el TBCT, pero no significativamente mejor, dado

el pequeño tamaño de la muestra de ejemplo. Este estudio piloto alentó una larga serie de ensayos que comparaban el IBCT y el TBCT en 134 parejas con dificultades. En la revisión realizada por Lebow et al. se resumen los principales resultados de este estudio. Las parejas en la IBCT hicieron constantes mejoras en la satisfacción durante el curso del tratamiento, mientras que las parejas en la TBCT mejoraron más rápidamente que las parejas IBCT al principio del tratamiento, pero quedando estancadas más adelante en el tratamiento. La interpretación de los autores sobre estos hallazgos es que la estrategia TBCT del intercambio comportamental (o intercambio conductista), que retrasa la atención de temas antiguos y en vez de eso se centra en incrementar la frecuencia de la actividad positiva, puede crear una estimulación inicial de satisfacción, pero cuando esta atención cambia a esos problemas antiguos la satisfacción decae. En IBCT, no hay este retraso en concentrarse en los asuntos antiguos, lo cual puede ser la explicación de este lento pero continuo incremento en la satisfacción. Existe también diferencias entre las trayectorias de maridos y esposas; los maridos mejoraban significativamente más rápido que las esposas en satisfacción.

Ambos tratamientos produjeron niveles similares de mejoría clínica significativa al final del tratamiento. Finalmente este estudio fue diseñado para examinar los efectos a largo plazo de la terapia de parejas. Las parejas fueron seguidas aproximadamente cada 6 meses durante 5 años después de completar la terapia de pareja. Seguidamente de la finalización del tratamiento, las parejas mostraban un descenso en la satisfacción pero, después, un aumento gradual en la satisfacción y, para las parejas que se mantuvieron juntas, un considerable mantenimiento de la satisfacción. Los autores especularon que la caída inmediata de la satisfacción después de la terminación del tratamiento podría ser un resultado natural de acabar con el foco habitual en la relación que la terapia ofrece. Sin embargo, también ofrecen una alternativa a la posible explicación de que la evaluación final de la satisfacción, justo después de la terminación de terapia, puede reflejar una sobreestimación de la mejora de la relación. Durante los primeros 2 años después de la terminación del tratamiento, las parejas IBCT mantuvieron su satisfacción

con tasas significativamente más altas que las parejas TBCT. Por lo que el IBCT resultó más eficaz. Sin embargo, después de 2 años de seguimiento, las diferencias entre los dos tratamientos desaparecieron. Tras un seguimiento de 5 años, aproximadamente la mitad de las parejas tratadas se habían recuperado clínicamente y sólo una cuarta parte se había divorciado.

Lebow et al. (2012) resumen las conclusiones de los ensayos clínicos de Christensen et al. y reflexionan sobre las perspectivas futuras para estos métodos de terapia. En su revisión, Lebow et al. plantean que ambos tipos de terapias de pareja conductuales producen mejoras sustanciales, incluso en las parejas con dificultades serias y crónicas y que las mejoras se mantienen durante una parte sustancial de las parejas a los 5 años después de la terminación del tratamiento, lo cual es alentador en las noticias acerca de la terapia de pareja. Como hemos dicho ya los dos tipos de terapia de pareja, IBCT y TBCT, son claramente diferentes en cuanto a que hace el terapeuta en la sesión y en cómo los clientes responden dentro y fuera de la sesión. Sin embargo, el impacto global es muy similar, pero el IBCT resultó más eficaz, como hemos dicho, durante los primeros 2 años de seguimiento. Lebow et al. señalan que “sesiones de refuerzo durante los 5 años de seguimiento podrían haber aumentado el poder de cada uno de los tratamientos en general y, dado el nivel de impacto logrado, podrían haber mantenido la superioridad de IBCT en particular” (p. 152).

Con relación a los resultados de ambos tratamientos, Perissutti y Barraca (2013) realizaron una revisión con el objetivo de comparar la eficacia diferencial de estas dos modalidades de terapias de pareja. A partir del análisis de 12 estudios en que se comparan, los autores presentaron conclusiones sobre su eficacia y perspectivas de futuro de ambos enfoques. Sobre la base de los resultados de estos estudios, analizados por Lebow con anterioridad, Perissutti y Barraca señalan que el aumento de la aceptación sigue siendo importante para ambas terapias y que generalmente IBCT crea más cambios que TBCT en aceptación emocional, lo cual está relacionado con la satisfacción marital (Doss et al., 2005, citado en Perissutti y Barraca, 2013). Estos últimos autores sostienen que los resultados de su estudio

proporcionan una advertencia de precaución para aquellos tratamientos que se centran en el cambio preciso e inmediato, como TBCT, en lugar de centrarse en la aceptación emocional. Teniendo en cuenta que TBCT induce mayores cambios en el comportamiento, mientras que IBCT induce mayores cambios en la aceptación, Doss et al. (2005) plantean que es tentador imaginar un tratamiento que comienza con TBCT y termina con IBCT.

Es muy importante señalar que Perissutti y Barraca (2013) en su revisión, dejan claro que, debido a la limitada cantidad de trabajos publicados, la heterogeneidad de los estudios y tipo de datos que se incluyeron en algunas investigaciones, los resultados no pueden ser visto como algo perfectamente concluyente. Además, ellos plantean que debería de tenerse en cuenta que en el presente estudio sólo se incluyeron las investigaciones que comparan la eficacia de TBCT con IBCT y que TBCT, independientemente de esta revisión, muestra una historia de muchos años en varios estudios en los que se demuestra su eficacia en comparación con otros tratamientos y distintos enfoques. En este sentido, plantean la necesidad de un enfoque metaanalítico como el próximo paso a dar en la investigación.

#### **3.3.4 La terapia de pareja centrada en las emociones**

La terapia de pareja centrada en las emociones (*emotionally focused couple therapy* en inglés, cuyas siglas en este idioma son EFT) es un enfoque sistémico experiencial-humanista que Johnson y Greenberg desarrollaron a principios de 1980. La EFT reduce el nivel de dificultades en las parejas e incrementa la satisfacción en la relación y también se plantea como un tratamiento eficaz para una serie de problemas psicológicos y médicos. En particular, en el marco de la presente investigación profundizamos en este enfoque, primero, por su utilidad en la mejora de las relaciones en las parejas y, segundo, la EFT ha ofrecido resultados prometedores en el trabajo con pacientes con sintomatología postraumática y con depresión que afectan, de manera particular, a la muestra de nuestro estudio.

La EFT posee un enfoque integrador que se nutre de varias teorías y enfoques de terapia. Greenman y Johnson (2013) citan los fundamentos teóricos de la EFT: la teoría del apego (Bowlby, 1969), la terapia gestáltica experiencial (Perls, 1973), la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1942) y la terapia familiar sistémica (Minuchin y Fishman, 1981; Sluzki, 1978). Además, señalan Greenman y Johnson que los practicantes de EFT también integran los resultados de la investigación empírica sobre la dinámica de pareja, sobre todo las de Gottman et al. (por ejemplo, Gottman, 2011; Gottman y Levenson, 2002; Gottman et al., 1995, Gottman y Silver, 1999). En la EFT, la naturaleza esencial de la relación de pareja se entiende como un vínculo de apego y la pareja con dificultades en la interacción es movida por las inseguridades de apego. Este tipo de terapia de pareja combina un enfoque intrapsíquico emocional sobre la experiencia con un énfasis en los patrones relacionales disfuncionales.

#### ***3.3.4.1 La perspectiva de los problemas de relación de pareja***

Según el modelo de la EFT, cuando una pareja experimenta dificultades en su relación, en dependencia del tipo de apego existente en cada miembro de pareja, las parejas con apego inseguro a menudo ocultan sus emociones primarias, tales como el miedo, la vulnerabilidad y la necesidad de unión y, en cambio, sustituyen estos sentimientos con emociones secundarias, como la ira, la culpa, y la evitación. Las respuestas emocionales secundarias (por ejemplo, embotamiento, culpa, rabia) crean ciclos de interacción rígidos negativos, tales como conductas de persecución, crítica, dominación, y sumisión o huida (Johnson et al., 2004). Estas respuestas e interacciones se refuerzan mutuamente y bloquean el compromiso emocional más positivo. Por lo tanto, el modelo de la EFT asume que las emociones negativas y el círculo de interacción negativo que se da en parejas con dificultades representa una lucha por la seguridad del apego (Johnson, 2004). Las respuestas emocionales secundarias son respuestas reactivas de autoprotección, como la ira en respuesta a la inaccesibilidad percibida de un miembro de la pareja.

De acuerdo con esta autora frente a una situación de estrés inicial a la que la pareja tiene que enfrentarse, la relación problemática en la pareja se produce cuando los componentes de la pareja no responden a las señales de apego de los individuos, lo que resulta en un aumento del afecto negativo y un debilitamiento de la seguridad de los lazos de apego. Los problemas de relación son vistos como resultado de patrones de interacción negativos en marcha, donde las personas se sienten como si su compañero hubiese fallado en responder a sus ruegos de apoyo y conexión. El ciclo de interacción negativo es de naturaleza circular: uno dice "Te culpo porque te retiras" y el otro responde "Me retiro porque me culpas". Este ciclo negativo común ha sido llamado el patrón de comunicación demanda/retirada en las relaciones (Christensen y Heavey, 1990), que ya hemos referido en la presente investigación. Como resultado del ciclo negativo, las necesidades de apego de los miembros no se cumplen y la relación problemática se mantiene con sentimientos de inseguridad y rechazo. Por consiguiente, podría decirse que estas respuestas no son adaptativas para hacer frente al estrés original de la situación.

#### **3.3.4.2 Principios básicos de la EFT**

Johnson (2015) resume la contribución de la EFT a la terapia de pareja, señalando los principios claves de esta forma de terapia:

- 1.) ***Una alianza colaboradora*** le ofrece a la pareja una base segura para explorar su relación. Se supone que "la aceptación y la empatía del terapeuta son poderosos en sí mismos en cuanto a que crean la seguridad donde la experiencia difícil puede ser enfrentada y asimilada así como tomar riesgos" (Johnson, 2007, p. 48). Las investigaciones de Johnson y Talitman (1997) demuestran que la naturaleza de la alianza terapéutica representa el 20 % de la varianza en los resultados en EFT.
- 2.) ***La importancia concedida a la emoción***, en tanto la emoción guía y da significado a la percepción; motiva y contribuye a las respuestas de unión en la pareja y, cuando es expresada, se comunica a otros y organiza su respuesta (Johnson, 2015). La expresión

acertada de las emociones facilita respuestas claves del otro miembro de la pareja, como la confianza y la compasión, que son difíciles de evocar de otras maneras. Como bien plantea Johnson (2007) aunque un número creciente de investigaciones está emergiendo diciéndonos que la emoción es una fuerza para la adaptación y que la supresión de la emoción es perjudicial, “es difícil usar la emoción al servicio del cambio a menos que tenga un mapa claro de intervención” (Johnson, 2007, p. 49).

El terapeuta ralentiza el drama de interacción y ayuda a los clientes a conectar más plenamente y a profundizar en sus emociones y las respuestas de interacción. Este enfoque de terapia se centra en el procesamiento adecuado de las emociones bloqueadas en cada miembro; la tristeza, la ira, violación de los límites, etc.

El terapeuta de este enfoque desarma las emociones negativas secundarias, como la ira, a través de la expresión de las emociones primarias como el miedo y la desesperanza. El terapeuta también usa las emociones articuladas y recién formuladas, como el miedo y la rabia expresada de modo asertivo para evocar nuevos modos de relación. El expresar las emociones claves, entonces, desde la perspectiva de este modelo, puede ser la mejor, más rápida y, a veces, única solución para los problemas de la pareja.

- 3.) ***Las necesidades de unión de los miembros de la pareja y sus deseos son vistos*** como esencialmente saludables y adaptativos. Lo que crea problemas es la manera en que tales necesidades son expresadas en un contexto de inseguridad percibida. El terapeuta de este modelo activamente promueve “la dependencia efectiva”, o sea, la dependencia que habilita y apoya la eficacia individual y la autonomía en cada miembro.
- 4.) Los problemas son mantenidos por las vías en las cuales las parejas interactúan y por la organización dominante de la experiencia emocional por parte de cada miembro de la relación. Las parejas no pueden comunicarse de manera efectiva y positiva cuando están atrapados en círculos de interacción de autoreforzo negativo. El conflicto matrimonial da lugar a que las parejas muestren y vean cada vez menos aspectos positivos del otro,



enviando mensajes de conflicto y quedando atrapados en patrones de interacción negativos. El terapeuta de este modelo debe primero cambiar los patrones de interacción negativa y las emociones reactivas asociadas con las mismas, ayudando a los miembros a formar nuevos ciclos de interacción positiva. En estos nuevos modos de relación se reconocen las emociones positivas y las negativas pueden ser reguladas de manera que no comprometan la conexión emocional segura entre los miembros de la pareja.

- 5.) ***El enfoque en el momento presente*** (Johnson, 2004) es una parte esencial de la EFT. El cambio ocurre a través de la nueva experiencia emocional en el contexto de las interacciones de unión según ocurren en la sesión. La experiencia nueva o reformulada se traduce en nuevas señales para los miembros. Estas señales constituyen un nuevo modo que define nuevos patrones de interacción.
- 6.) ***En la terapia de pareja, el “cliente” es la relación de pareja***, entendiéndose ésta desde la perspectiva de unión del amor adulto. Los problemas son vistos en términos de inseguridad adulta que se crea y se refuerza en el contexto de la relación de pareja. Por consiguiente, el objetivo último de la terapia es la creación de nuevos ciclos de relación donde las parejas se sienten seguras, lo cual ofrece un antídoto a los ciclos negativos y positivamente redefine la naturaleza de la relación. De este modo, es importante para la EFT que las emociones desadaptativas y patrones de interacción disfuncionales sean transformados en ciclos positivos de comportamiento y una expresión emocional que promueva la intimidad y el respeto mutuo. Johnson (2015) concluye:

Las tres tareas de la EFT entonces, son: (1) crear una alianza segura y de colaboración; (2) acceder, reformular, y expandir las respuestas emocionales que guían las interacciones de la pareja; y (3) reestructurar esas interacciones en la dirección de la accesibilidad y de la respuesta que construye lazos seguros y duraderos. (Johnson, 2015, p. 105)



Los practicantes de EFT insisten en señalar en que, a pesar de la aparente linealidad implícita por los nueve pasos, del modelo de tres etapas de cambio, la EFT no puede verse como un planteamiento lineal, sino que los individuos pueden desplazarse a través de estas diversas etapas y fases en repetidas ocasiones a lo largo del curso de un tratamiento de EFT en una especie de forma de "espiral" (Greenberg y Goldman, 2008).

Es muy importante subrayar, en la revisión de los pasos y etapas de la EFT, que la primera etapa trata de la desescalada del conflicto, mientras que las otras dos etapas (la reestructuración de la interacción y la consolidación integración se centran en la creación de un vínculo de apego seguro entre los dos miembros de la pareja. La diferenciación entre estas dos partes de tratamiento refleja uno de los supuestos clave que subyacen a este modelo de etapas de EFT. Se parte de que el nivel de conflicto en la relación debe disminuir primeramente, para que se pueda mejorar, de manera efectiva, la unión entre miembros de la pareja y, por consiguiente, de que aumente el nivel de apego seguro.

Greenman y Johnson (2013) resumen bien el proceso en EFT: la terapia implica la creación de una seguridad en la relación mediante el establecimiento de un apoyo seguro entre los miembros de la relación

(1) para reconocer sus necesidades de seguridad y cercanía emocional, (2) para tomar conciencia de su evitación o intentos fallidos para satisfacer esas necesidades, (3) para entender los efectos del comportamiento en su pareja, (4) para pedir directamente el cumplimiento de esas necesidades de apego y hacerlo desde una posición de vulnerabilidad, y (5) para participar en la solución efectiva de problemas una vez que la relación se ha convertido en un refugio seguro para los dos. (p. 50)

#### **3.3.4.4 Predictores de éxito**

Los mejores predictores de un buen resultado en la terapia de pareja enfocada en las emociones son la fuerza de la alianza terapéutica y la creencia de la pareja femenina que su pareja masculina todavía se preocupa por ella (Johnson, 2008). Greenman y Johnson (2013) se centran en las respuestas de los pacientes y en los procesos terapéuticos que han surgido en relación con la investigación y los resultados del tratamiento. Estos autores resumen: la investigación ha descubierto que la clave de éxito en la EFT está en conseguir una profunda experiencia emocional en ambos miembros de la pareja para obtener buenos resultados (Johnson y Greenberg, 1988; Couture-Lalande, Greenman, Naaman y Johnson, 2007; Burgess Moser et al., 2012); en el ablandamiento de las emociones (Bradley y Surco, 2004); en la apertura emocional que provoca respuestas de afiliación positivas y en la resolución de los problemas de apego que se correlaciona con el incremento de la satisfacción en la relación (véase Johnson, 2004; Johnson, Makinen y Millikin, 2001; Naamán, Pappas, Makinen, Zuccarini y Johnson-Douglas, 2005; Makinen y Johnson, 2006; Meneses y Greenberg, 2011; Zuccarini, Johnson, Dalglish y Makinen, 2013).

Basándose en la importancia de la fidelidad terapéutica como una variable relacionada con el éxito terapéutico, Novak et al. (2016) identifican las diferencias cualitativas en el terapeuta según su fidelidad a la EFT, y los autores presentaron un modelo gráfico de seis temas que surgieron la diferencia en las habilidades utilizados por los terapeutas.

Dentro de las variables del terapeuta, Novak et al. (2016) señalan el hecho de que otros autores identificaron 13 habilidades terapéuticas que son fundamentales para la práctica de la EFT y crearon una escala que medía esas habilidades con un sistema de puntuación de 5 puntos. Estas 13 habilidades, según estos autores:

Están relacionadas en la teoría y en la práctica con los pasos y las etapas bien establecidas de la práctica de la EFT: (a) la elaboración de la alianza, el mantenimiento de alianzas y la creación de la seguridad; (b) la validación de

cada miembro de la pareja; (c) la reformulación continuada del problema en términos del ciclo; (d) la gestión de la interacción de la pareja; (e) el procesamiento de la emoción; (f) el trabajo con las emociones primarias; (g) la colocación de emociones emergentes en el ciclo; (h) el uso terapéutico de promulgaciones; (i) la gestión de las respuestas defensivas; (j) el mantenimiento de la orientación de sesiones en la emoción, el ciclo y los problemas de apego; (k) el encuadre del ciclo, de los problemas y de las emociones en términos de necesidades de apego y temores; (l) el seguimiento de los pasos y las etapas de la EFT, y (m) la consolidación del cambio y el desarrollo de nuevas narrativas. (Novak et al., 2016, p. 39)

Dalglish et al. (2014) plantean que los terapeutas deberían de tener en cuentas las características de las parejas al inicio de la terapia para poder enfocar y adaptar las intervenciones a las parejas de cara a ayudarles a obtener un mayor beneficio de la EFT. Los principales resultados del estudio realizado por estos autores sugieren que las intervenciones en EFT trabajan particularmente bien con personas con niveles iniciales más altos de apego ansioso y control emocional, y que estos individuos consiguen un mayor cambio en la satisfacción matrimonial a través de sesiones de EFT.

Las investigaciones en la EFT dejan claro la eficacia del enfoque en una variedad de temas y de las poblaciones, pero sigue habiendo una escasez de literatura que identifica el proceso exacto por el cual la EFT es eficaz. Greenman y Johnson (2013) describen algunas de las brechas en la literatura sobre el proceso de EFT para parejas y ofrecen sugerencias para futuras investigaciones. Para estos autores es muy importante continuar descubriendo los elementos relacionados con el cliente y el terapeuta, y los procesos en todas las etapas de la EFT que contribuyen a la mejora de las relaciones de los clientes, para que la guía para terapeutas se vaya haciendo más precisa. Ellos recomiendan: (1) profundizar en los procesos en el cliente y el terapeuta que intervienen en la etapa I (ciclo de desescalada) y la renovación del

compromiso en la etapa II; (2) una comprensión más completa de las operaciones del terapeuta para crear los procesos de cambio que llevan al éxito psicoterapéutico; (3) examinar los procesos de clientes y terapeutas para garantizar que los supuestos de la EFT y los resultados de los estudios de procesos sean aplicables a personas de una amplia gama étnica y orígenes culturales diferentes; (4) realizar estudios de procesos que investiguen las semejanzas o diferencias en las experiencias del cliente y las operaciones del terapeuta (con parejas en las que uno o ambos miembros sufren de depresión, TEPT, o cualquier otro problema de salud mental o enfermedad física, en comparación con aquellas que no sufren este tipo de problemas), y (5) profundizar en los cambios en el procesamiento de la emoción con más detalle para comprender exactamente cómo fomentar el desarrollo de los mecanismos neurológicos calmantes en la terapia (para una revisión más detallada de estas sugerencias, véase Greenman y Johnson, 2013).

#### **3.3.4.5 Intervenciones**

La investigación de este proceso confirma que los efectos positivos de la terapia de pareja enfocada en la emoción surgen de expresar y dar respuesta a las necesidades de apego de una manera emocionalmente significativa durante la terapia. Durante el estadio I de la EFT, y sobre todo en el estadio II, los terapeutas usan reflexiones, preguntas, reformulaciones empáticas, *enactments*, e interpretaciones empáticas sobre cómo ayudar a la gente a contactar y expresar sus emociones "suaves" de apego, todo teniendo siempre en cuenta el nivel sistémico para conseguir que los miembros de la pareja establezcan un apego seguro.

Las intervenciones específicas de la EFT están diseñadas específicamente para modificar patrones de interacción negativos y para mejorar la capacidad de respuesta de unión entre la pareja. La teoría del apego proporciona un marco para entender cómo y por qué se utilizan estas intervenciones.

Tilley y Palmer (2013) presentan un modelo genérico para construir *enactments* (no hay traducción literal para este término en español). Los *enactments* en la ETF ocurren en las tres fases: (a) preparando el escenario, (b) dirigiendo un miembro de la pareja para hacer contacto con el otro, y (c) procesando la experiencia de contacto de cada miembro. El miembro de la pareja que expresa sus deseos, miedos y necesidades asume riesgos y necesita ser apoyado y, el miembro que escucha, necesita ayuda para integrar y procesar la nueva información que fue divulgada. El terapeuta de la EFT enmarca el vínculo significativo del evento en el contexto de su relación.

Estos autores explican que el objetivo del *enactment* es dar forma a los momentos de contacto emocional significativos cuando el terapeuta pide simplemente a una pareja que se gire y hable con el otro, después de lo cual el terapeuta “procesa” la experiencia de cada miembro de la pareja. El terapeuta ralentiza la interacción. Si la pareja trata de desviar o distraer la atención, el terapeuta debe estar preparado para reorientar y procesar el momento. El modo en que el terapeuta conduce el *enactment*, hace la solicitud, mantiene el foco y procesa el evento contribuye al resultado. Es importante recordar que, en la práctica, el terapeuta debe coincidir con el *enactment* de la etapa de la terapia y el nivel de toma de riesgo emocional de la pareja (Johnson, 2004; Johnson et al., 2005).

A continuación vamos a enumerar los tipos de intervenciones, basándonos en la obra de Johnson (2007):

- 1.) ***Seguimiento empático y reflexión:*** el terapeuta explora las emociones y respuestas interpersonales que se desarrollan en el momento presente y también guía la experiencia de cada cliente prestando especial atención a las emociones fuertes.
- 2.) ***Validación de la experiencia de cada uno:*** la validación del terapeuta anima a los clientes a explorar sus emociones, en lugar de permanecer en la evitación o la ansiedad.
- 3.) ***Respuesta de evocación:*** el terapeuta formula preguntas abiertas acerca aspectos no claros o emergentes de la experiencia, ayudando a la pareja a ampliar y profundizar su

experiencia. Estas preguntas facilitan las emociones primarias del cliente y sus formas habituales de señalar y cooperar con su cónyuge.

- 4.) ***Ampliación e interpretación:*** el terapeuta de EFT también procura intensificar e interpretar la experiencia emocional. Esta intervención implica repetir, volver a la promulgación o el uso de imágenes y metáforas que dan vida a una experiencia.
- 5.) ***Interacciones de seguimiento:*** el terapeuta sigue y refleja los patrones de interacción y los refleja de nuevo a la pareja. Esto les permite ver desde una meta perspectiva como sus respuestas encajan en un círculo de interacción negativo convincente que crea una vínculo inseguro para los dos. Este ciclo negativo en la pareja se enmarca como su enemigo común, contra el que tienen que luchar los dos para conseguir apartarlo.
- 6.) ***Reestructurar interacciones claves:*** consiste en la creación de representaciones para reestructurar las interacciones claves en las parejas. Una vez que se han explorado e intensificado las emociones primarias de un cliente, hay que estructurar la expresión de estas emociones a la otra pareja creando nuevos modos de relación, que han de ser procesados e integrando con cada uno de los miembros de la pareja. Las promulgaciones se pueden utilizar para aumentar la conciencia de las posiciones actuales, las nuevas emociones y respuestas. Las promulgaciones, señala Johnson (2007) son especialmente poderosas en los eventos de cambio en EFT, consiguiendo que el miembro de la pareja que suele retirarse adquiera un nuevo compromiso y suavizando las acusaciones en el miembro más crítico de la pareja. (Para profundizar más en las intervenciones en EFT véase Johnson, 2007; Tilley y Palmer, 2013).

#### ***3.3.4.6 Apoyo empírico del tratamiento y aplicaciones del mismo***

La terapia centrada en las emociones, actualmente, está reconocida como una de las únicas intervenciones validadas empíricamente (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto y Stickle, 1998) cuyos efectos también parecen ser estables en el tiempo (Cloutier, Manion, Walker y



Johnson, 2002; Halchuk, Makinen y Johnson, 2010). A finales del siglo pasado, un metaanálisis de los cuatro estudios más rigurosos (Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler, 1999; citado en Lebow et al., 2012) encontró una tasa de recuperación de 70% a 73% para las dificultades en las parejas (86% de mejora significativa sobre los controles) y un tamaño del efecto de 1,3. Este autor señala que los resultados se han encontrado de forma sólida, incluso con parejas que están en alto riesgo de recaída (Panero, Manion, Walker y Johnson, 2002).

La EFT ha demostrado ser uno de los modelos de terapia de pareja más eficaces para reducir las dificultades en las parejas e incrementar la satisfacción en la relación (Dunn y Schwebel, 1995; Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler, 1999; Wood, Crane, Schaalje y Ley, 2005; citados en Novak et al., 2016). En un metaanálisis de veintitrés estudios, Wood, Crane, Schaalje y Law (2005) compararon la BCT con la EFT. Ellos encontraron que ambos enfoques fueron igualmente efectivos, pero cuando las parejas presentaban un trastorno emocional moderado, la EFT fue ligeramente más eficaz que la BCT.

Novak et al. (2016) citan los estudios que corroboran que la EFT es un tratamiento eficaz para una serie de cuestiones, incluyendo las dificultades sexuales (Honarparvaran, Tabriz y Navabinejad, 2010), los problemas de salud (McLean, Walton, Rodin, Esplen y Jones, 2011), la depresión (Denton, Burleson, Clark, Rodríguez y Hobbs 2000; Dessaulles, Johnson y Denton, 2003; Denton, Wittenborn y Golden, 2012), el abuso sexual en la infancia (Dalton, Greenman, Classen y Johnson, 2013) y las familias que experimentan estrés crónico o de afrontamiento con un niño enfermo crónico (Gordon Walker, Johnson, Manion y Cloutier, 1996). También se ha utilizado para ayudar a poblaciones específicas, tales como las relaciones interculturales (Greenman, Young y Johnson et al., 2009), las parejas del mismo sexo (Josephson, 2003) y las minorías étnicas (p. ej., los inmigrantes latinos; Berg, 2009; Parra-Cardona, Córdoba, Holtrop, Escobar-Chew y Horsford, 2009).

En resumen, como plantean Levow et al. (2012), la EFT sigue creciendo y su aplicación a distintas parejas que se enfrentan a diversos problemas de relación sigue ampliándose. Ellos constatan que:

La base de la teoría del apego y una nueva comprensión de la emoción (Johnson, 2009) también siguen creciendo. El estudio de los resultados del tratamiento de la EFT se está moviendo más allá de la preocupación por los problemas de relación de pareja o la satisfacción en la relación, para centrarse en la creación de los vínculos de apego seguros que están asociados con la resistencia y la salud de las parejas y de las familias. (Levow et al., 2012, p. 154)

De cualquier modo, al estudio de los enfoques de tratamiento de parejas volveremos más tarde en esta tesis doctoral, dada la importancia que requieren para nuestra investigación empírica.

### **3.4 Conclusiones**

La terapia de pareja se ha convertido en uno de los tratamientos más ampliamente practicados y el camino que cada vez más parejas eligen cuando presentan problemas en sus relaciones. Además, parece ser la modalidad de terapia con mayores probabilidades de lograr el mayor crecimiento en la próxima década, superando a la psicoterapia individual, la de familia y los grupos de tratamiento (según una encuesta realizada por Norcross, et al., 2013, citado en Gurman, 2015). Este auge de la terapia de pareja va unido a los cambios culturales importantes que, en el último medio siglo, han tenido un impacto importante en las expectativas de las personas con respecto a sus parejas.

Las investigaciones realizadas durante los últimos 30 años han afirmado que varios enfoques para la terapia de pareja producen reducciones clínicamente significativas en la

reducción del malestar general en la relación. La terapia de pareja basada en la evidencia es eficaz para muchas parejas. Alrededor del 40% de las parejas se benefician mucho de la terapia de pareja y alrededor del 30% se benefician algo (Lebow et al., 2012; Snyder y Halford, 2012). Las tasas de eficacia de la terapia de pareja son comparables a las tasas de eficacia de la terapia individual y muy superiores a la de los grupos de control que no recibieron tratamiento.

En este sentido, ha habido reivindicaciones consistentes de la eficacia de la terapia de pareja en metaanálisis y revisiones sistemáticas. Stratton et al. (2015) y Lebow et al. (2012) citan varios metaanálisis y revisiones sistemáticas al respecto (Shadish et al., 1993; Shadish y Baldwin, 2003, 2005; Von Sydow et al., 2010, Wood et al., 2005; Baucom et al., 2003; Carr, 2014; Sexton et al., 2013; Sprenkle, 2012; y Stratton, 2011).

Con relación a los estudios de efectividad en terapia de pareja, estos son bastantes más escasos. Existen cuatro ensayos de efectividad longitudinal publicados que han evaluado el cambio en el ajuste de la pareja en la práctica clínica (Doss et al., 2012; Hahlweg y Klann, 1997; Klann et al., 2011; Lundblad y Hansson, 2006).

Sin embargo, varios problemas en la investigación han surgido en el campo de la terapia de pareja. **En primer lugar**, la gran brecha observada en los resultados entre los estudios de eficacia y de efectividad. Halford et al. (2015) concluyen que la brecha entre el gran tamaño del efecto, normalmente observado en las pruebas de investigación de la eficacia, y el tamaño de moderado a pequeño del efecto, observado en los estudios de la efectividad, puede explicarse porque las pruebas de eficacia incluyen las parejas que desean mejorar su relación, mientras que en las pruebas de efectividad hay una mezcla de parejas que buscan mejorar su relación y otras que tratan de aclarar si quieren o no continuar con la relación. Por consiguiente, para enfocar la terapia de pareja adecuadamente, es muy importante que los terapeutas de pareja evalúen si cada miembro de la pareja desea continuar o no con la relación, o busca mejorar la relación.

Estos autores recomiendan, a los terapeutas de pareja: (a) que utilicen la evaluación multimodal sistemática de cada uno de los miembros de la pareja y la relación; (b) que discutan estas evaluaciones con la pareja; (c) que negocien los objetivos de la terapia; (d) que observen y controlen el progreso de la terapia y la alianza terapéutica; y (e) que usen la retroalimentación para identificar si la terapia está en el camino adecuado para que la pareja se beneficie.

**En segundo lugar**, otro problema, señalan Lebow et al. (2012), ha sido el problema de la muestra, porque la investigación en terapia de pareja sigue siendo ampliamente el estudio de las parejas europeas y norteamericanas heterosexuales blancas. **En tercer lugar**, señalan también estos autores, que como los problemas de relación con el cónyuge o pareja no se consideran trastornos mentales en el DSM-IV, las investigaciones relacionadas con los mismos y su tratamiento han sufrido los problemas de financiación por parte del gobierno americano. Esto ha supuesto que a las investigaciones realizadas en el área esos autores las llamen “artesanales” en el sentido de que incluyen pequeñas muestras, con las limitaciones que supone este hecho para la investigación.

**En cuarto lugar**, un último problema observado en la investigación tiene que ver con que, en contraste con los resultados prometedores obtenidos por la terapia de pareja, la investigación también indica que un porcentaje considerable de las parejas (entre el 25% y el 30% de las parejas) no muestran mejoría y muestran deterioro significativo después del tratamiento. Davis et al. (2012) citan tres líneas prometedoras en la investigación para mejorar los resultados de la terapia de pareja: (1) la integración de distintos enfoques para encaminarse a las necesidades específicas de parejas concretas; (2) la monitorización del progreso de las parejas, durante la terapia, y usar la información para modificar la terapia si hace falta; (3) las investigaciones de Benson et al. (2012) y Sprenkle et al. (2009), que señalan el papel de los procesos universales comunes, a través de los enfoques de terapia de pareja, con el objetivo de perfeccionar el uso de los procesos compartidos.

Con relación a los enfoques de tratamiento, durante los últimos 30 años hemos asistido al surgimiento de dos grupos de enfoques apoyados empíricamente: la terapia de pareja conductual y sus desarrollos más recientes (la terapia de pareja cognitivo-conductual y la terapia de pareja conductual integrativa) y la terapia centrada en las emociones. Cada uno de estos tratamientos es distinto en lo que se refiere a las bases teóricas de las que parten, el modo en que conciben las parejas disfuncionales frente a las parejas sanas, la práctica del proceso terapéutico, los mecanismos de cambio etc.

Con relación a los mecanismos de cambio, cada uno de estos enfoques postula mecanismos particulares, conceptualizándose como variables a lo largo de un continuo. En un extremo se ubica el enfoque en el cambio de comportamiento (la terapia de pareja conductual tradicional) y, en el otro extremo, las intervenciones que enfatizan la dinámica intrapersonal y vulnerabilidades (como la terapia centrada en las emociones). En este continuo se van añadiendo la terapia de pareja cognitivo conductual (que añade un enfoque en el cambio de las cogniciones), y la terapia de pareja conductual integrativa (que añade un enfoque en la promoción de la tolerancia y aceptación del otro miembro de la pareja). Halford y Snyder (2012) revisaron la evidencia sobre los mediadores de la terapia de pareja y sacaron cuatro conclusiones importantes: (1) las terapias de pareja empíricamente demostradas si modifican los mediadores del cambio terapéutico hipotétizados, (2) no se puede establecer una relación simple entre el tipo de terapia proporcionado y el cambio de los mediadores, (3) no hay una relación directa entre los cambios observados en los mediadores hipotéticos y los cambios en el nivel de dificultades en la relación de pareja, (4) los mediadores del cambio de la terapia de pareja pueden variar a través del curso de la terapia.

A pesar de la diferencia entre estos enfoques, como bien plantean Lebow et al. (2012), los enfoques basados en la evidencia parecen estar avanzando hacia una cierta convergencia sobre los objetivos del enfoque, incluyendo el comportamiento, la cognición y la emoción; la aceptación y el cambio de comportamiento. Por consiguiente, estos enfoques plantean la

necesidad de cambiar el pensamiento, las emociones y las conductas que las parejas tienen el uno con respecto al otro.

De hecho, en la búsqueda de líneas de investigación para mejorar la terapia de pareja que hemos mencionado anteriormente, Davis et al. (2012) citan los estudios de Benson et al. (2012) y Sprenkle et al. (2009) que tratan de aclarar la existencia de una serie de factores universales que se han asociado a la eficacia de la terapia de pareja en general. Estos procesos universales diferencian la terapia de pareja de la terapia individual. Benson et al. (2012) sugirieron cinco procesos comunes a todas las terapias de pareja eficaces: (1) La terapia intenta aumentar el grado en que la perspectiva de los miembros de la pareja es objetiva, diádica y contextualizada, en lugar de unilateral y culpabilizadora. (2) Los terapeutas disminuyen el grado en que las parejas están participando en los patrones de interacción disfuncionales (impulsados por las emociones desbordadas). (3) Los terapeutas promueven el intercambio entre los miembros de las parejas de las emociones que han sido previamente evitadas u ocultadas, en particular las emociones que expresan vulnerabilidad. (4) Los terapeutas toman medidas para mejorar los patrones de comunicación de las parejas. (5) Los terapeutas aumentan la relevancia de las áreas de fortaleza y de las instancias de la resiliencia en las relaciones de pareja. Para poner en práctica estos factores de manera efectiva, los terapeutas suelen tener una formulación de caso clínico que explica el patrón de interacción de la pareja que sustenta sus problemas en la relación. La utilización de los elementos cruciales en la terapia de pareja podría permitir un enfoque más eficaz de la terapia de pareja (Halford y Snyder, 2012).

Tampoco puede negarse el hecho de que los modelos de terapia se influyeran entre sí, y que vayan incluyendo las aportaciones de los otros enfoques. Por ejemplo, Baucom et al. (2015) señalan las aportaciones, en la terapia cognitivo-conductual de pareja, de la terapia centrada en las emociones en cuanto a la importancia que se le otorga a las emociones dentro del proceso terapéutico. Por otra parte, Johnson y Williams-Keeler (1998), representantes de la terapia centrada en las emociones, incorporan el trabajo de Christensen y Heavey (1990, 1993),

Christensen (1987, 1988) y Sullaway y Christensen (1983; citados todos en Dalglish et al., 2014), que encontraron que las parejas con dificultades presentaban un patrón de interacción circular en el que uno de los miembros exige un cambio de conductas y persigue al otro para la interacción, mientras que el otro miembro se retira. Una mención específica a estas aportaciones en la terapia centrada en las emociones se hace en Dalglish et al. (2014).

En este sentido, queremos destacar el esfuerzo de integración de la terapia de pareja cognitivo conductual, que Baucom et al. (2008, 2015) llaman “mejorada”. Los autores señalan que esta modalidad de terapia de pareja se ha desarrollado a partir de la confluencia de los tres principales influencias: (1) la terapia de pareja conductual, (2) la terapia cognitiva, (3) la investigación básica en el procesamiento de información en el campo de la Psicología cognitiva.

Pero, además, Baucom et al. (2008, 2015) han incorporado otras aportaciones que han mejorado el modelo de terapia. **En primer lugar**, se incluyen los patrones y temas más amplios de las relaciones, reconociendo la existencia de un cambio similar a través de una variedad de enfoques teóricos de la terapia de pareja, por ejemplo, la terapia enfocada en las emociones (Johnson, 2004, 2009), la terapia de pareja conductual integrativa (Jacobson y Christensen, 1996); la terapia de pareja orientada hacia la introspección (Snyder y Wills, 1989). **En segundo lugar**, se añaden los resultados de la investigación que demuestra que las diferencias individuales entre los miembros psicológicamente sanos y bien adaptados, así como manifestaciones individuales psicopatológicas, a menudo desempeñan un papel crucial en la satisfacción y buen funcionamiento de la pareja (por ejemplo, Christensen y Heavey, 1993; Karney y Bradbury, 1995). **En tercer lugar**, la influencia de los sistemas y modelos ecológicos del funcionamiento de las relaciones (Bronfenbrenner, 1989) se ha hecho sentir en el enfoque. **En cuarto lugar**, se hace un mayor énfasis en las emociones en este enfoque, lo cual es consistente con la tendencia reciente en terapia de pareja de tomar en cuenta los procesos emocionales; por ejemplo, la terapia de pareja centrada en las emociones (Johnson, 2004;

Johnson y Denton, 2002), y los enfoques terapéuticos individuales y de pareja que abordan los dificultades en la regulación emocional (Fruzzetti, 2006; Kirby y Baucom, 2007; Linehan, 1993). **En quinto lugar**, se hace un reconocimiento mayor del papel de los comportamientos, cogniciones y emociones positivas (Epstein y Baucom, 2002).

Tomando en cuenta todas estas aportaciones, plantean Baucom et al. (2008, 2015) que este nuevo modelo cognitivo-conductual equilibra el papel de las emociones, las cogniciones y comportamientos negativos y positivos en las intervenciones para mejorar la calidad de las relaciones de pareja. En este sentido, defienden que el cambio en algunas de ellas determinará al resto de componentes y, por consiguiente, al problema de pareja. Y, por último, como se ha mencionado en el marco del presente capítulo, este enfoque se ha empeñado en perfeccionar el uso de esos mecanismos de cambio universales que tienen las terapias de pareja eficaces (Benson et al., 2012; Sprenkle et al., 2009, citado en Baucom et al., 2015).

Con relación al apoyo empírico con que cuentan estos enfoques de tratamiento, la terapia de pareja cognitivo conductual es la modalidad de tratamiento más validada, con aproximadamente dos docenas de estudios controlados hasta hoy (Baucom et al., 2015). Desde su desarrollo temprano (por ejemplo, Jacobson y Margolin, 1979), esta modalidad de terapia se ha convertido en uno de los tratamientos más ampliamente investigados para las dificultades de pareja. Baucom et al. (2015) citan que este tipo de terapia ha sido revisada en detalle en varias publicaciones (Alexander et al., 1994; Baucom y Epstein, 1990; Baucom y Hoffman, 1986; Baucom et al., 1998; Bray y Jouriles, 1995; Christensen et al., 1994; Jacobson y Addis, 1993; Snyder et al., 2006) así como en metaanálisis (Baucom et al., 2003; Dunn y Schwebel, 1995; Hahlweg y Markman, 1998; Shadish y Baldwin, 2003, 2005). En todas estas revisiones se llega a la misma conclusión: esta modalidad de terapia es una intervención eficaz para el tratamiento de las parejas con dificultades, cumpliendo con los criterios más estrictos para considerarse empíricamente validada.



Por otro lado, la terapia centrada en las emociones tiene apoyo en la investigación de Johnson (2002, 2008) y en las versiones de Greenberg (Greenberg y Goldman, 2008).

Atendiendo a estos hechos, la Asociación Americana de Psiquiatría recomienda que la terapia de pareja conductual deba ser el tratamiento a utilizar de referencia, debido a su apoyo empírico bien establecido. Por lo tanto, en este trabajo de investigación asumimos que la terapia de pareja cognitivo-conductual debe ser el tratamiento de elección a la hora de abordar los problemas de relación de pareja.

Es importante considerar que, tanto la terapia de pareja conductual tradicional (la terapia de pareja cognitivo-conductual y la terapia de pareja conductual integrativa) como la terapia de pareja centrada en las emociones, han ampliado su aplicación clínica al tratamiento de las enfermedades mentales y algunas enfermedades físicas que pueden estar presentes en las parejas. En varios estudios se ha comprobado la eficacia de las intervenciones basadas en pareja para una amplia gama de problemas de salud, emocionales, conductuales o físicos que coexisten en uno o ambos cónyuges. En este sentido, la terapia de pareja debe ser considerada como el foco, o parte de la atención, en el tratamiento para una amplia gama de problemas emocionales y de comportamiento de adultos. Sobre algunas de estas aplicaciones de la terapia de pareja volveremos en los próximos capítulos, aquellas más relacionadas con la psicopatología presente en las víctimas de terrorismo que, como ya sabemos, constituyen la muestra de nuestra investigación.

Pero, además, estos enfoques se han aplicado a: (1) cuestiones específicas en las parejas como la agresión física o la infidelidad, y a los procesos de separación y divorcio. (2) También se ha utilizado para ayudar a poblaciones específicas, tales como las relaciones interculturales, las parejas del mismo sexo, las minorías étnicas; así como las parejas en familias reconstituidas.

En resumen, como bien concluyen Lebow et al. (2012):

Se trata de un momento próspero para la investigación de la terapia de pareja, un momento en el que puede ser que la investigación tenga más impacto en la práctica. La brecha existente entre la ciencia y la práctica sobre el terreno se está reduciendo, al centrarse la investigación en los tipos de terapias y las cuestiones de mayor interés para los clínicos. Queda por construir canales entre los clínicos e investigadores para reducir esta brecha. (Lebow et al., 2012, pp. 160-161)



## **Capítulo 4.**

# **Los problemas de pareja asociados a los trastornos psicológicos derivados de sucesos traumáticos**



## **4. Los problemas de pareja asociados a los trastornos psicológicos derivados de sucesos traumáticos**

### **4.1 Introducción**

Como ya hemos mencionado en el capítulo 1 de la presente investigación, el TEPT es el más común en víctimas de terrorismo. Por otra parte, el TDM así como los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia bastante alta en esta población, bien sea en comorbilidad con el TEPT o de modo aislado. Así mismo, otra categoría diagnóstica que se ha estudiado en víctimas de terrorismo son los duelos patológicos.

En este capítulo examinamos la asociación que existe entre estos trastornos, y/o la sintomatología clínicamente significativa de este tipo, y los problemas de relación de parejas. Los teóricos han sostenido durante mucho tiempo que la descripción de la conducta interpersonal es fundamental para la comprensión de la psicopatología. Sin embargo, uno de los problemas con el que nos hemos encontrado a la hora de realizar el presente estudio es la escasez de investigaciones específicas que aborden estas asociaciones en las relaciones de pareja donde uno o ambos miembros son víctimas del terrorismo. De ahí que hayamos tenido que acudir, mayoritariamente, a investigaciones similares con otras poblaciones.

Otro problema encontrado radica en que la mayor parte de los estudios sobre la depresión, los trastornos de ansiedad, el duelo y el estrés postraumático se han centrado en las personas en lugar de considerar cómo se insertan estos trastornos en el contexto relacional (Bodenmann y Randall, 2013; Ugazio, 2013). Las influencias del diagnóstico de depresión, además de al individuo afectado, se hacen sentir en sus relaciones interpersonales (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2011, citado en Sharabi, Delaney y Knobloch, 2015). Los trastornos de ansiedad también se asocian con los problemas de relación de pareja, incluyendo el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada.

Con relación al impacto del estrés postraumático en las relaciones de pareja donde uno o ambos miembros resultaron víctimas del terrorismo, la mayor parte de lo que se conoce sobre la asociación entre este trastorno, el ajuste de pareja y el funcionamiento de este tipo de relación se deriva de la investigación sobre los veteranos de guerra o en parejas en situaciones en las que el despliegue de los hombres era obligatorio. La mayor parte de la literatura existente implica muestras de hombres veteranos de guerra y sus cónyuges y son relativamente menores los estudios que incluyen a mujeres sobrevivientes de un trauma en estado militar o civil (Lambert, Engh, Hasbun y Holzer, 2012). La realidad es que hay un conocimiento muy limitado centrado en las parejas no combatientes expuestos a la guerra y al terrorismo, a pesar de dicha exposición a los conflictos en la antigua Yugoslavia, Oriente Medio, África y otros lugares.

El TEPT es el trastorno emocional más común que sufren los soldados de combate, y, por tanto, el que más se ha estudiado por parte la comunidad científica, seguido de la depresión y otros trastornos de ansiedad. Hemos podido también encontrar algunas investigaciones en muestras civiles que también reflejan la asociación entre el TEPT y la calidad de la relación de pareja.

En este capítulo explicamos, también, el impacto del TEPT en la calidad de la relación de pareja, enfatizando en la complejidad de estas asociaciones y explicando la existencia de variables moderadoras en esta relación. Para ello nos basamos en las investigaciones realizadas con los veteranos de guerra, mayoritariamente. Referimos, brevemente, otras investigaciones con otras poblaciones traumatizadas y, por último, las investigaciones con víctimas del terrorismo que, como hemos dicho ya, son bastante más escasas. Además, explicamos algunos modelos clínicos de estrés traumático sistémico (enfatizando en el modelo CATS de Goff y Smith, 2005) y profundizamos en los mecanismos de transmisión del trauma en las parejas, así como en la resiliencia de las parejas en contextos de guerra y terrorismo.

Con relación a los duelos complicados y su impacto en la relación de pareja de las personas que sufren esos duelos, hay que tener en cuenta que los eventos terroristas están

dirigidos a infligir daño a poblaciones de civiles y, muchas veces, resultan en una pérdida considerable de vidas, afectando a grandes redes sociales que están relacionados con el fallecido (Neria, Gross y Marshall, 2006; Pfefferbaum et al., 1999). En este capítulo resumimos los trabajos encontrados que relacionan el impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres, el impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes y como estos hechos pueden afectar la calidad de sus relaciones de pareja en el futuro. Por último, analizamos el impacto de la muerte de los padres sobre el bienestar subjetivo de los adultos y como este tipo de experiencia impacta en la calidad de sus relaciones de pareja.

## **4.2 Impacto de la depresión y los trastornos de ansiedad en la calidad de la relación de pareja**

El vínculo entre la depresión y la calidad de la relación se ha establecido por más de tres décadas en la investigación (véase Rehman, Gollan y Mortimer, 2008). Un metaanálisis de 26 estudios indicó que el 44 % de la varianza en los síntomas depresivos se explica por la insatisfacción concurrente en la relación (Whisman, 2001a). En dicho metaanálisis se informó una asociación moderada entre la relación problemática de pareja y los síntomas depresivos, tanto para mujeres como para los hombres. La relación problemática de pareja también covaría no sólo con síntomas depresivos, sino también con trastornos depresivos (Whisman, 2001a, 2007). De hecho, los matrimonios con problemas experimentan 10 veces más riesgo de depresión, independientemente de su sexo (O’Leary, Christian y Mendell, 1994).

Por otra parte, Foran et al. (2015) resumen las asociaciones entre los trastornos de ansiedad (incluyendo el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada) y los problemas de relación de pareja, citando varios estudios que se han hecho eco de estos resultados. Por ejemplo, en muestras grandes, basadas en la población de personas casadas en los Estados Unidos, las personas con trastornos de ansiedad reportaron más problemas de relación de pareja que las personas sin trastornos de ansiedad (Whisman, 1999, 2007). Los



resultados de una muestra estratificada de las parejas de Detroit, Michigan, señalaron que la relación problemática de la pareja se asoció con un mayor riesgo para la aparición de los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada (McLeod, 1994). Del mismo modo, en una muestra basada en la población de los Países Bajos, los problemas relacionales de las parejas al inicio del estudio se asociaron con un mayor riesgo de incidencia de la fobia social (Overbeek et al., 2006). También los problemas de pareja y de familia son los motivos de preocupación más comunes entre los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (p. ej., Breitholtz, Johansson y Ost, 1999; Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989; Roemer, Molina y Borkovec, 1997). Los problemas de pareja son un predictor significativo de los resultados de respuesta al tratamiento y de largo plazo entre los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Durham, Allan y Hackett, 1997; Yonkers, Dyck, Warshaw y Keller, 2000; Zinbarg, Lee y Yoon, 2007). Del mismo modo, la emoción no expresada de los familiares predice peores resultados en el tratamiento de la agorafobia (Chambless y Steketee, 1999).

Enfatizando en las relaciones interpersonales de las personas con depresión, estas pueden estar llenas de dificultades. Sharabi et al. (2015) citan las investigaciones al respecto, que señalan que la depresión está profundamente entrelazada con el funcionamiento diádico, de forma bidireccional, y se refuerza a través de los comportamientos que los cónyuges realizan (Hames et al., 2013; Leff et al., 2000; Whisman y Beach, 2012). Para la literatura está claro que la depresión tiene implicaciones para ambos miembros de la pareja (Jones y Asen, 2000; Leff et al., 2000; Whisman y Beach, 2012).

Así, Foran et al. (2015) resumen el hecho de que los estudios sugieren que los problemas en la relación de pareja puede contribuir a los síntomas depresivos en el tiempo y viceversa (por ejemplo, Beach, Katz, Kim y Brody, 2003; Dávila, Karney, Hall y Bradbury, 2003; Kouros, Papp y Cummings, 2008). Los estudios longitudinales sugieren también que dichos problemas predicen la incidencia de los trastornos depresivos. Por ejemplo, en una muestra

estratificada de múltiples etapas de las parejas de Detroit, Michigan, entre los cuales la relación problemática de pareja se asoció con un mayor riesgo de depresión (McLeod y Eckberg, 1993). En otras muestras en los Estados Unidos, la relación problemática de pareja se asoció con mayor incidencia de un episodio depresivo mayor (Whisman y Bruce, 1999). En una muestra poblacional en los Países Bajos los problemas de relación de pareja se asociaron con mayor incidencia de la distimia y el TDM (Overbeek et al., 2006).

En este sentido, una gran cantidad de literatura ahora documenta la comorbilidad de la depresión y la discordia marital. Las personas deprimidas que acrediten dicha experiencia de comorbilidad, muestran altos niveles de culpas y quejas sobre el matrimonio y un menor número de expresiones de afecto. Estos problemas clínicos se ha demostrado que mantienen la depresión y las recaídas.

Los resultados de Sharabi et al. (2015) apoyan la teorización sistémica resaltando el carácter dinámico y diádico de la depresión. Los datos de estos autores ponen de relieve lo difícil que es separar los efectos de la depresión en el individuo frente a la relación. Varios de los efectos, incluyendo el romance y la intimidad sexual, el aislamiento y la falta de energía/motivación reflejan síntomas individuales, pero también revelan cómo estos síntomas son fundamentalmente relacionales. Los autores señalan:

Cuando se suprime el deseo sexual de una persona deprimida, las necesidades sexuales de su pareja no son satisfechas; cuando una persona deprimida entra en aislamiento, su pareja se queda fuera; cuando una persona deprimida se niega a salir de la casa, su pareja debe enfrentar el mundo solo. Por lo tanto, nuestros resultados proporcionan ejemplos conmovedores de cómo la depresión va más allá de los individuos a influir en la pareja (por ejemplo, Bodenmann y Randall, 2013; Hames et al., 2013). También proporcionan una prueba más de que las experiencias de ambos miembros de la pareja deben ser consideradas en el tratamiento de la depresión (cf.

Bodenmann y Randall, 2013A; Whisman et al., 2012). (Sharabi et al., 2015, p. 24)

Con relación a los trastornos de ansiedad, en su revisión de las intervenciones basadas en la pareja para los trastornos de ansiedad, Baucom et al. (2003) observaron que los trastornos de ansiedad pueden afectar negativamente al funcionamiento de la pareja mediante la interrupción de los patrones de interacción, el aumento de la tensión, la restricción de las actividades de la relación, o la disminución de la atención a las necesidades de la pareja no ansiosa.

A pesar de que la asociación bidireccional entre la depresión y el funcionamiento de la relación de pareja se ha demostrado en la literatura, existen moderadores de la asociación entre los problemas de pareja y los síntomas depresivos y de ansiedad. Whisman (2013) cita los siguientes:

- 1.) ***El género o la edad***, no existiendo acuerdo en la literatura: Whisman (2007) concluyó que la asociación entre los problemas en la pareja y el TDM se incrementa conforme avanza la edad, pero la asociación entre los problemas de pareja y los trastornos de ansiedad no fue moderada por el género o la edad. Sin embargo, el género no fue encontrado como un moderador significativo de la asociación longitudinal entre problemas de pareja y depresión en otros estudios (por ejemplo, Beach et al., 2003; Davila et al., 2003; Whisman y Uebelacker, 2009).
- 2.) ***El estado civil***: Whisman y Uebelacker (2006) encontraron que, al evaluar los moderadores de la asociación entre los problemas de relación de pareja y el TDM, esa asociación fue mayor para individuos casados (frente a individuos que viven juntos).
- 3.) ***Factores genéticos latentes de riesgo para internalizar la psicopatología***: South y Krueger (2008) examinaron cuándo la asociación entre la adaptación de pareja y la internalización de psicopatología era moderada por este tipo de factores.

Whisman (2013) cita el hecho de que:

Los problemas de pareja están más fuertemente asociados en la actualidad con síntomas depresivos para (a) hombres con bajos niveles de autoestima (Culp y Beach, 1998), (b) personas con altos niveles de ansiedad y apego ambivalente (Scott y Cordova, 2002), y (c) personas con altos niveles de culpabilidad orientados sobre atribuciones negativas del comportamiento de sus parejas (Gordon, Friedman, Miller y Gaertner, 2005).(...) Respecto a la asociación longitudinal entre los problemas de pareja y los síntomas depresivos, la fuerza de asociación es mayor para (a) personas con disforia cronicada (Beach y O'Leary, 1993), (b) mujeres en situación de pobreza (Liu y Chen, 2006), (c) personas con altos niveles de neuroticismo (Davila et al., 2003), (d) personas que reportan altos niveles de conflicto en su relación de pareja (Kouros et al., 2008), y (e) mujeres con bajos niveles de masculinidad (Whitton et al., 2008). (Whisman, 2013, p. 166)

Por todo lo anterior, señala Whisman (2013) que los problemas de pareja pueden actuar como un estresor interpersonal, incrementando la probabilidad de psicopatología en individuos vulnerables. Desde este punto de vista, el foco de la discusión ha estado en las variables que podrían moderar la asociación entre la adaptación o ajuste de la relación de pareja y la psicopatología.

Una perspectiva alternativa que plantea este autor es que la adaptación de la pareja sirve como una variable moderadora, influenciando la magnitud de la asociación entre otros factores de riesgo y la psicopatología. Una perspectiva semejante es que la adaptación marital amortigua los efectos adversos del estrés, en el riesgo de aparición de psicopatología. Sin embargo, esta última hipótesis no ha obtenido resultados concluyentes. Para esta conclusión, Whisman (2013) menciona, por un lado, los trabajos de Wade y Kendler (2000) que no encontraron evidencia de

que la asociación entre eventos en la vida estresantes y el riesgo de padecer depresión mayor o niveles de sintomatología depresiva estaba moderada por el nivel de apoyo social, incluyendo el apoyo marital. Por otro lado, este autor hace referencia a un estudio longitudinal de dos años de parejas recién casadas, realizado por Poyner-Del Bento y Cobb (2011), que fueron evaluadas cada tres meses en un período de dos años. Los resultados de este estudio sugieren que altos niveles de estrés marital crónico fortalecen la asociación entre los problemas de pareja y los síntomas depresivos para esposas. Debido a los resultados no concluyentes de estos estudios, Whisman recomienda la necesidad de más investigaciones que evalúen cómo la adaptación en la pareja puede interactuar con estresores (originados dentro y fuera de la relación íntima de pareja) en el desarrollo de psicopatología.

#### **4.2.1 Las asociaciones entre la depresión y la ansiedad y el funcionamiento de la relación de pareja**

En la literatura científica numerosos estudios destacan las asociaciones entre la depresión y los trastornos de ansiedad y el funcionamiento de pareja. A continuación enumeramos esas asociaciones:

- 1.) La depresión y el grado de satisfacción en la relación cuenta con el apoyo de una amplia evidencia empírica que relaciona estas variables, tanto transversal como longitudinalmente (Whisman, 2001a; Beach et al., 2003). También existe apoyo para las asociaciones negativas entre la ansiedad y el grado de satisfacción en la relación. Es importante tener en cuenta las asociaciones diádicas. Con respecto a los efectos actores, los resultados de investigaciones indican que, en comparación con las personas sin un trastorno, las personas que buscan tratamiento para los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad reportan satisfacción marital inferior. Con respecto a la asociación entre psicopatología en una sola persona y la satisfacción de la relación en el compañero (es decir, los efectos asociados) han sido estudiados para evaluar la

perspectiva de que hay cargas asociadas con estar en una relación con alguien con problemas mentales o problemas de salud y que estas cargas pueden resultar en menor satisfacción de la relación para la pareja (por ejemplo, Chakrabarti, Kulhara y Verma, 1993; Coyne et al., 1987; citados en Whisman, Uebelacker y Weinstock, 2004). La evidencia de los efectos asociados es más difusa, en el hecho de que la propia puntuación de depresión de una persona se asoció significativamente con una menor satisfacción marital en su pareja.

En un estudio realizado por Whisman et al. (2004) se observó que el propio nivel de depresión de una persona y la ansiedad se asoció significativamente con su propio nivel de la satisfacción marital y, mayores niveles de psicopatología, se asociaron con niveles más bajos de satisfacción marital. Sin embargo, los resultados del estudio no apoyaron un efecto de pareja para la ansiedad. Estos resultados proporcionan apoyo empírico para la continuación de las asociaciones entre ambas formas de psicopatología y satisfacción marital, por lo que los autores destacan la importancia de incluir a ambos miembros de la pareja en exámenes de asociaciones entre la psicopatología y la satisfacción marital.

2.) Sharabi et al. (2015) resumen los estudios que asocian la depresión con numerosas variables, y mencionan, por ejemplo, que:

Las personas con síntomas depresivos luchan con habilidades sociales deterioradas (Segrin y Abramson, 1994), el interés sexual disminuido (Kennedy, Dickens, Eisfeld y Bagby, 1999), preguntas acerca de su relación (Knobloch y Delaney, 2012; Knobloch y Knobloch-Fedders, 2010), y una reducción de la expresividad emocional (Garrison, Kahn, Sauer y Florczak, 2012; Kahn y Garrison, 2009). Parejas sentimentales, por su parte, informan de intentos problemáticos para controlar la depresión (Duggan, 2007; Duggan y Le Poire, 2006) y una mayor susceptibilidad a los estados de ánimo depresivos (Coyne, 1976a, 1976b). La depresión también se asocia

con dificultades relacionales como la discordia (Uebelacker y Whisman, 2006; Whisman, 2013), la insatisfacción (Whisman, 1999), y el divorcio (Kessler, Walters y Forthofer, 1998). (Sharabi et al., 2015, pp. 2-3)

- 3.) La literatura apunta a las emociones, la intimidad sexual y la comunicación como cuestiones más destacadas para las parejas que se enfrentan a la depresión. Sharabi et al. (2015) citan estas investigaciones, que detallamos a continuación:

Con relación a las emociones, las investigaciones indican que la depresión proporciona experiencias emocionales intensas para las parejas. La teoría de la interacción de la depresión de Coyne (1976) describe un proceso de contagio emocional por el cual los comportamientos de una persona deprimida originan negatividad y rechazo por parte de su pareja, lo que perpetúa el ciclo de la depresión. Esta teoría es apoyada por las investigaciones de Benazon y Coyne (2000), y con la teorización sobre las dificultades en la regulación emocional (p. ej., Campbell-Sills y Barlow, 2007) que plantea que las personas con síntomas depresivos intensificados tienden a evitar sus emociones, lo que disminuye la divulgación emocional (Garrison et al., 2012; Kahn y Garrison, 2009). No solo se limita la divulgación emocional sino que es probable que sea un problema para la pareja, pudiendo inducir sentimientos de dolor y frustración en el otro miembro de la pareja que valora la apertura.

Con respecto a la intimidad sexual, la investigación sugiere que las parejas románticas con depresión pueden tener dificultades con la actividad sexual. Ostman (2008) reveló que algunos de los pacientes psiquiátricos hospitalizados con depresión mayor querían pero no podían lograr una relación más íntima con su pareja. Por otra parte, las actitudes de una persona deprimida hacia la actividad sexual pueden cambiar durante los episodios depresivos como lo demuestra el estudio de Frohlich y Meston (2002) que observaron que las mujeres con síntomas depresivos tuvieron menos placer en el contacto sexual y estaban menos satisfechos con sus encuentros sexuales. Otro problema es que los medicamentos utilizados para tratar la depresión

también pueden tener efectos secundarios sexuales, contribuyendo a la disfunción sexual y la disminución del deseo sexual (Higgins, Nash y Lynch, 2010). Sin embargo, Kennedy et al. (1999) encontraron que, incluso en ausencia de los antidepresivos, los participantes experimentaron poco interés en el sexo durante los episodios depresivos.

Por último, en relación con la comunicación, Sharabi et al. (2015) señalan que se ha encontrado que las parejas deprimidas pueden enfrentar retos de comunicación. La negatividad del comportamiento (por ejemplo, la crítica abierta, comunicación hostil y defensiva) pueden ser los patrones de comunicación que prevalecen en las relaciones marcadas por la depresión (Bodenmann y Randall, 2013; Knobloch-Fedders, Knobloch, Durbin, Rosen y Critchfield, 2013). En este sentido, Segrin y Fitzpatrick (1992) hicieron hincapié en que las personas con depresión no siempre son comunicadores pasivos; más bien, su ira y la irritabilidad pueden tomar la forma de agresión verbal hacia su cónyuge. Esto contribuye a que las relaciones románticas de las personas con depresión a menudo están marcadas por el conflicto (Mackinnon et al., 2012; Sandberg, Miller y Harper, 2002) y, de este modo, las parejas deprimidas son menos hábiles para resolver los problemas que las parejas no deprimidas (Basco, Prager, Pita, Tamir y Stephens, 1992). Otro problema que se presenta es que las personas deprimidas tienden a retirarse de sus sistemas de apoyo cuando piensan que los demás no los entienden (por ejemplo, Kuwabara, Van Voorhees, Gollan y Alexander, 2007; Sandberg et al., 2002).

- 4.) Otra categoría que ha recibido mención previa en la literatura con relación al impacto de la depresión en la relación de pareja es la incertidumbre, sobre todo en las teorías que explican que la depresión puede llevar a los miembros de la pareja a formularse preguntas sobre sus relaciones (por ejemplo, Knobloch y Delaney, 2012; Knobloch y Knobloch-Fedders, 2010; Knobloch y Theiss, 2011; todos citados en Sharabi et al., 2015).

En el estudio de Sharabi et al. (2015), la mayoría de los participantes describieron efectos negativos de la depresión, pero también se encontró que la depresión puede ayudar a fortalecer



los lazos y fomentar la cercanía entre los miembros de la pareja. Para los investigadores, los resultados de Sharabi et al. ponen de relieve la necesidad de recopilar datos diádicos porque es poco probables de que ambos miembros de la pareja tengan perspectivas similares sobre cómo la depresión afecta a su relación (por ejemplo, Beach et al., 2003; Whisman y Sayers, 2012). Estos resultados sugieren que las discrepancias en cómo las personas experimentan la depresión pueden estar basados, al menos en parte, en su papel de (a) una pareja con depresión frente a una pareja no deprimida y/o, (b) un miembro de una díada con sólo una persona deprimida frente a una díada con ambos deprimidos.

5.) Para explicar la asociación entre la depresión y los problemas de relación, las teorías sistémicas (p. ej., Beach y Cassidy, 1991; Coyne, 1976; Joiner et al., 1993, citados en Knobloch-Fedders et al., 2014) sugieren que la depresión en parejas se relaciona con patrones específicos de comportamiento interpersonal que se convierten en estables, crónicos, y prolongados en el tiempo. Como ya hemos mencionado, un patrón interpersonal ampliamente estudiado en las parejas es el de afrontamiento/huida señalado por Christensen y sus colegas (Christensen, 1987, 1988; Sullaway y Christensen, 1983; citados en Knobloch-Fedders et al., 2014). En este sentido, esta secuencia interpersonal de afrontamiento/huida puede ser una secuencia alternativa relevante para la comprensión de la depresión y los problemas de relación en parejas, como ya se ha descrito en el marco de la presente investigación.

En el estudio realizado por Knobloch-Fedders et al. (2014) con respecto a la depresión, el comportamiento de demanda de cambio se asoció positivamente con los síntomas de depresión en las mujeres, pero asoció negativamente con los síntomas de depresión en los hombres. En este estudio, las mujeres eran propensas a seguir las demandas de los hombres, ya sea con la retirada o con la sumisión, pero los hombres tienden a responder las demandas de las mujeres que utilizan otros tipos de comportamientos.

#### 4.2.2 Teorías que explican la depresión dentro de los contextos relacionales

En la literatura revisada hemos encontrado varias teorías que explican la depresión dentro de los contextos relacionales. Sharabi et al. (2015) citan los autores que han desarrollado estas teorías:

*En primer lugar*, Segrin (2000, 2001) desarrolló la teoría del déficit de habilidades sociales que propone que las personas deprimidas son comunicadores menos eficaces que los individuos no deprimidos, lo cual genera problemas de relación (Segrin y Rynes, 2009). Cuando se combinan las ideas de Segrin (2000, 2001), con los resultados del estudio de Sharabi et al. (2015) se sugiere que el déficit de regulación de la emoción es particularmente desconcertante para el miembro de la pareja no deprimido. En cambio, para el miembro de la pareja con depresión la regulación de las emociones, la comunicación efectiva, y el equilibrio de las necesidades para no quedarse aislado son los déficits de habilidades que resultan particularmente significativos.

Estos resultados también tienen implicaciones para el Modelo de la discordia marital de la depresión por Beach y sus colegas (Beach y O’Leary, 1993; Beach, Sandeen y O’Leary, 1990; citados en Sharabi et al., 2015). El modelo propone que los problemas maritales, especialmente los que aumentan los comportamientos negativos y disminuyen las conductas positivas, pueden desencadenar la depresión entre los cónyuges. La sincronización del modelo de la discordia marital de la depresión con los hallazgos de Sharabi et al. (2015) sugieren que la carga emocional, el romance y la intimidad sexual, la comunicación y el aislamiento pueden ser estresantes específicos que sirven para provocar y agravar los síntomas depresivos en la pareja.

Por otra parte, según Jones y Asen (2000), una conceptualización sistémica de la depresión hace hincapié en: (a) las influencias de la depresión y como la depresión está influenciada por las relaciones de las personas, (b) las reacciones del miembro sano de la pareja afectan a la experiencia de la persona deprimida, y (c) los patrones de interacción influyen en la trayectoria de la depresión.

Además, Knobloch-Fedders et al. (2014) señalan otra teoría destacada para la comprensión de la depresión. Se trata de la teoría interpersonal, basándose en contribuciones de Harry Stack Sullivan (1953, 1954) y Timothy Leary y su colegas (Freedman, Leary, Ossorio y Coffey, 1951; Leary, 1957) que define operacionalmente patrones de comportamiento adaptativos y desadaptativos con la especificidad necesaria para la evaluación clínica y la planificación del tratamiento. Por último, ya hemos hecho alusión a la teoría de la interacción de la depresión (Coyne, 1976, citado en Knobloch-Fedders, Knobloch, Durbin, Rosen y Critchfield, 2013) que postula que los individuos deprimidos y sus parejas participan en secuencias repetitivas de interacción interpersonal marcadas por la hostilidad, el control y la distancia. Por consiguiente, se producen secuencias rígidas y repetitivas que se convierten en estables a lo largo tiempo. En este sentido, Brummett et al. (1999) observaron que la hostilidad era un predictor de la depresión. En un estudio se descubrió que la hostilidad de un miembro hacia el otro se asoció positivamente con el estado de la depresión de este otro, pero se asoció negativamente con los síntomas de depresión (Knobloch-Fedders et al., 2013). El control del comportamiento de un miembro se asoció positivamente con el sufrimiento en la relación. Mientras que el comportamiento de los individuos con depresión no difiere de la muestra control de individuos no depresivos, las parejas de los individuos depresivos presentaban mayor hostilidad centrada en la pareja y sumisión que los controles.

Existen cuatro estudios, citados por Knobloch-Fedders et al. (2013), que han comparado directamente el comportamiento interpersonal de las parejas deprimidas con dificultades frente a las parejas no deprimidas con dificultades y que han medido la depresión utilizando criterios diagnósticos. La falta de identificación de grandes diferencias de interacción entre las parejas deprimidas/con dificultades y las parejas no deprimidas/con dificultades ha generado un debate sobre si la presencia de problemas en la relación, en lugar de la depresión, es el componente clave asociado al comportamiento interpersonal de las parejas.

En general, la relación de pareja problemática también se asocia con una peor evolución en la psicoterapia individual (Whisman, 2013) y en los tratamientos psicofarmacológicos para la depresión y predice la recaída de la depresión (Hooley y Teasdale, 1989), incluyendo la recaída de las personas tratadas con éxito con psicoterapia individual o farmacoterapia (Whisman, 2001b). En consecuencia, la relación de pareja problemática es cada vez más reconocida como un importante predecesor del mantenimiento de la depresión tras el tratamiento y la terapia de pareja es cada vez más reconocida como un tratamiento efectivo para la depresión (Barbato y D'Avanzo, 2008), un punto que desarrollamos en el siguiente apartado.

### **4.3 Impacto del duelo patológico en la calidad de la relación de pareja**

Aunque la investigación sugiere que la mayoría de las personas son capaces de adaptarse a la pérdida y recuperar el funcionamiento después de un evento traumático (Bonanno et al., 2002), una minoría notable de las personas pueden desarrollar reacciones de duelo crónicas.

Una de las especificaciones del trastorno de duelo complejo persistente (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) es el duelo traumático, categoría propuesta por Prigerson et al. (1999) y que puede aplicarse, sobre todo, en casos en los que la muerte ha sido de naturaleza traumática como, por ejemplo, un homicidio, un suicidio o un ataque terrorista. En este caso, en las personas que han perdido a un ser querido, a las reacciones habituales tras una situación de pérdida se añaden síntomas de estrés postraumático. Los síntomas de malestar traumático en estas personas se presentan a modo de pensamientos intrusivos sobre el fallecido, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, aturdimiento y paralización, pérdida de la sensación de seguridad y de la confianza en los demás, sensación de futuro como cortado o interrumpido, etc.

En la literatura científica se asume que las pérdidas debidas a causas violentas (dentro de la que incluimos el terrorismo) se asocian con más síntomas relacionados con la aflicción que las muertes por causas naturales (Zisook, Chentsova Dutton y Shuchter, 1998). Estas personas

tienen más probabilidades de presentar una combinación de síntomas de separación y de angustia traumática a niveles más altos que las pérdidas por causas naturales (y a niveles más o menos equivalentes en el caso de pérdida por suicidio u homicidio, Holland y Neimeyer, 2011). Neria et al. (2007) señalan las investigaciones que sugieren que, en general, la pérdida impredecible por la violencia masiva es una de las experiencias humanas más dañinas (p. ej., Pfefferbaum et al., 2001; Raphael y Martinek, 1997; Rynearson y McCreery, 1993; Spooren, Henderick y Janes, 2000/2001; Zvizdic y Butollo, 2001).

A diferencia de los desastres naturales o tecnológicos, los atentados terroristas están dirigidos deliberadamente a infligir daño a poblaciones de civiles y muchas veces resultan en una pérdida considerable de vidas, afectando a grandes redes sociales que están relacionados con el fallecido (Neria, Gross y Marshall, 2006; Pfefferbaum, 1999). Numerosos estudios destacan las debilitantes y duraderas consecuencias de la pérdida traumática en el contexto de eventos de terrorismo y de violencia de masas (Galea et al., 2002; Galea et al., 2003; Neria, Gross, Gameroff et al., 2006; Norris et al., 2002; Pfefferbaum et al., 2001; Rynearson et al., 1993; Silver et al., 2002; Silverman, Johnson y Prigerson, 2001; Spooren et al., 2000; Zvizdic y Butollo, 2001; todos citados en Neria et al., 2007).

Neria et al. (2007) encontraron que los síntomas de duelo complicado en los individuos que experimentaron pérdida traumática después del 11 de Septiembre en los Estados Unidos resultaron clínicamente significativos, y fuertemente asociados con una serie de condiciones comórbidas (TEPT, TDM, trastornos de ansiedad) ideación suicida, y mayor demanda de atención en centros de salud mental.

Otro problema que presenta el trastorno de duelo complejo persistente, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), es que se asocia con un aumento del riesgo de aparición y agravamiento de afecciones médicas influyendo negativamente en el desarrollo del sujeto. Neria et al. (2007) citan las investigaciones que han demostrado que las reacciones de duelo se asocian con un mayor

riesgo de hospitalización, enfermedad (Li, Precht, Olsen y Mortensen, 2005), tendencias suicidas (Latham y Prigerson, 2004; Prigerson, Puente et al., 1997), comorbilidad médica, tal como cáncer (Levav et al., 2000), eventos cardíacos y la presión arterial alta (Prigerson, Bierhals et al., 1997), y la mortalidad (Levav, 1982; Li, Mortensen y Olsen, 2003).

Por lo tanto, el trastorno de duelo complejo persistente puede estar asociado a trastornos mentales (TDM, TEPT, trastornos de ansiedad), a las enfermedades físicas, así como a otras variables del funcionamiento intrapersonal como la autoestima. Toda esta sintomatología deja su huella no sólo en la calidad de vida de las personas, sino que afectará el área de sus relaciones interpersonales, más específicamente la calidad de sus relaciones de pareja, que es el tema que aquí nos ocupa.

Debido, una vez más, a los escasos de investigaciones que estudien los efectos de las muertes por actos terroristas sobre las relaciones de pareja, hemos acudido a investigaciones con otras poblaciones, mayoritariamente. Resumimos los trabajos encontrados que relacionan: (a) el impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres y (b) el impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes y como estos hechos pueden afectar la calidad de sus relaciones de pareja en el futuro. Por último, analizamos el impacto de la muerte de los padres sobre el bienestar subjetivo de jóvenes adultos y adultos en la madurez y como este tipo de experiencia impacta en la calidad de su relación de pareja.

#### **4.3.1 Impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres**

La muerte de un niño se experimenta como un evento injusto que puede dar lugar una pérdida de sentido de vida de los padres y que rompe el orden normal del ciclo de vida. Es más natural que un padre muera antes que su hijo (Keese, Curtidor y Niemeyer, 2008). Este evento vital puede ser considerado como uno de los mayores eventos estresantes en la vida de una persona (Wing, Burge-Callaway, Rose Clance y Armistead, 2001).

La tristeza que causa la muerte de un hijo es la forma más fuerte y más duradera de la pena (Aho, Tarkka, Åstedt-Kurki y Kaunonen, 2006; Koskela, 2011). El anhelo y el dolor que siente un padre hacia un niño pueden durar toda la vida (Aho et al., 2006; Koskela 2011). Aunque la longitud y la experiencia de esa experiencia varían de persona a persona, el dolor de las madres se describe como más fuerte y más duradero que el que sufren los padres (Avelin, Rådestad, Saflund, Wredling y Erlandsson, 2013; Cacciatore, DeFrain, Jones y Jones, 2008; Lang y Gottlieb, 1993; todos citados en Salakari, Kaunonenab y Aho, 2014).

En la literatura científica se señala, como ya se ha referido, que las muertes violentas tienden a afectar más negativamente los resultados de salud de los padres en duelo que otras causas de muerte (Dyregrov et al., 2003; Keesee et al., 2008; Rachuba, Stanton y Howard, 1995; Wijngaards-de Meij et al., 2005; todos citados en Song, Floyd, Seltzer, Greenberg y Hong, 2010).

Song et al. (2010) mostraron que las circunstancias del duelo (es decir, la causa de la muerte del niño, confirmándose el impacto de las muertes violentas) influía en los resultados de salud en parejas en duelo con asociaciones moderadas por factores interpersonales (es decir, la cercanía del matrimonio) e individuales (es decir, el sexo y el nivel de educación).

Otro factor descrito en la literatura asociado al duelo es la edad del hijo fallecido. Hay que tener en cuenta que la pérdida de un hijo adolescente o adulto se traduce en un dolor más intenso o persistente que en otras pérdidas (Cleiren, Dieksta, Kerkhof y van der Wal, 1994; Leahy, 1992; Nolen-Hoeksema y Larson, 1999; Sanders, 1979; citados en Joronen, Kaunonen y Aho 2016). Por otra parte, las muertes por homicidio o suicidio pueden evocar un deseo de venganza, sentimientos de culpa y acusaciones entre los padres.

Las consecuencias de estas pérdidas trascienden lo individual y afectan la relación de pareja (Keesee et al., 2008), que es el tema que aquí nos ocupa. La muerte de un niño tiene un gran impacto en la calidad de la relación de pareja de sus padres (Aho et al., 2006; Koskela, 2011). Hay poca investigación sobre las relaciones de pareja después de este suceso, pero se ha

demostrado en estudios de dolor que la muerte de un niño puede causar el fortalecimiento o debilitamiento de la relación de pareja. Los cambios en la relación de pareja puede ser temporales o permanentes (Avelin, Radestad, Saflund, Wredling y Erlandsson, 2013; Dyregrov y Gjestad, 2011).

En sentido positivo, Salakari et al. (2014) citan las revisiones de la literatura que tratan acerca del fortalecimiento de la relación. Por ejemplo, la muerte de un niño puede aumentar la intimidad entre los padres y fortalecer la relación (Aho et al., 2006; Alam, Barrera, D'Agostino, Nicholas y Schneiderman, 2012; Arnold y Gemma, 2008; Cacciatore et al., 2008; Gilmer et al., 2012; Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002; Tito y de Souza, 2011). La intimidad entre los padres aumenta como resultado de la interacción exitosa y un incremento de la comunicación (Arnold y Gemma, 2008; Cacciatore et al., 2008; Toller y Braithwaite, 2009). Además, parece que la comunicación verbal y no verbal, como por ejemplo escribir sobre los pensamientos y sentimientos, así como el contacto físico crea un mayor sentido de la apertura y de la unión emocional entre los padres. Una actitud positiva hacia la comunicación de la pena parece estar relacionada con la satisfacción marital de las mujeres. Los hombres también pueden valorar más su relación después de la pérdida de un hijo. Por otro lado, la pareja puede dedicar mayor atención a sus hijos vivos, y la aceptación del dolor individual del cónyuge puede aumentar el respeto y la cohesión mutua. La intimidad entre los padres también puede aumentar como resultado del apoyo social recibido (Alam et al., 2012; Glaser, Bucher, Moergeli, Fauchere y Buechi, 2007; Toller y Braithwaite, 2009; todos citados en Salakari et al., 2014).

También Salakari et al. (2014) citan los autores que han señalado la existencia de cambios negativos en la relación de una pareja después de la muerte de un niño (Alam et al., 2012; Arnold y Gemma, 2008; Bellali y Papadatou, 2006; Gilmer y col, 2012.; Glaser et al., 2007; Koskela, 2011; Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg y Hong, 2008; Tito y de Souza, 2011; Toller y Braithwaite, 2009). Puede aumentar la tensión en la relación, y aparecer problemas de relación fruto del trauma. Los cambios negativos pueden hacer que los padres estén más



distanciados (Bellali y Papadatou, 2006; Gilmer et al., 2012; Koskela, 2011; Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002). Las diferencias en la naturaleza de la pena, uno de los padres que escapan al trabajo, culpar al otro padre, y una sensación de sufrimiento son reportados como razones de distanciamiento (Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002). Además, el distanciamiento puede conducir a comenzar una nueva relación después de la muerte de un niño (Arnold y Gemma, 2008) lo cual puede llevar a la infidelidad y el divorcio.

Las diferencias en la naturaleza de las experiencias de aflicción de los padres y una mayor dificultad de interacción son factores que aumentan los conflictos en la relación de pareja (Cacciatore, DeFrain, Jones, K. y Jones, H., 2008; Toller y Braithwaite, 2009). El dolor causado por la muerte de un niño puede destruir la vida emocional de un padre y aumentar la inestabilidad de la vida emocional (Koskela, 2011) y una sensación de soledad (Cacciatore, 2010; Koskela, 2011). En el peor de los casos, el dolor ha provocado el divorcio (Arnold y Gemma, 2008; Koskela, 2011; Rogers et al., 2008). Los problemas en las relaciones tienden a ser informados con mayor frecuencia por aquellos padres con una mala relación de pareja desde el comienzo.

Un estudio realizado por Joronen et al. (2016) arrojó nueva información sobre los factores relacionados con la satisfacción de los padres después de la pérdida de un hijo. Los autores encontraron que una mayor satisfacción de la relación se relacionó con la edad más joven de los padres, una mejor percepción de salud, que la causa de muerte sea fetal, la edad más joven del niño fallecido, aceptar la necesidad de que el matrimonio lleve a cabo terapia de pareja, y la relación de los padres de los encuestados en la infancia. Con respecto a esta última variable, los participantes que pensaban que las relaciones de sus propios padres eran muy o bastante buenas estaban más satisfechos con su relación actual que aquellos participantes cuyos padres tenían una relación moderada o pobre.

Un resultado sorprendente en este estudio fue el hecho de que, los padres que no tenían ningún hijo vivo estaban más satisfechos con su relación que los que tenían otros hijos. Los

estudios de duelo anteriores han indicado que los padres con otros hijos tienden a tener reacciones de duelo más débiles, y suelen hacer frente al duelo mejor que aquellos que han perdido a su único hijo. Tener otros niños que viven se asoció con menores tasas de problemas psiquiátricos para padres en duelo que los que habían perdido un hijo único (Li et al., 2005; Woodgate., 2006; Barrera et al., 2007; citados en Joronen et al. 2016). Joronen et al. explican sus hallazgos en que los padres que han perdido a su único hijo podrán dedicar más tiempo a la pareja después de su pérdida, que puede tener un efecto positivo en su satisfacción con la relación.

Es importante señalar que los resultados del estudio proporcionan una descripción más precisa de la satisfacción de la relación de las madres, por la composición mayoritaria de la muestra.

En el estudio realizado por Salakari et al. (2014), con el objetivo de obtener conocimientos sobre los cambios negativos en las relaciones después de la muerte de un hijo, los padres sintieron que las dificultades de la vida, la infelicidad, y la falta de sentido debilitaron su relación. Los autores exploraron varias las variables que asociaron a los cambios negativos en la relación después de la muerte de un hijo y citaron las investigaciones previas que confirmaban sus hallazgos:

- 1.) ***La salud mental de los padres:*** Los resultados del estudio mostraron cómo se habían deprimido uno de los padres o ambos a consecuencia de la pérdida, y esto causó cambios negativos en la relación. En este sentido, con relación a la influencia de la salud mental de los padres en estudios previos, Vance, Boyle, Najman y Thearle (2002) encontraron resultados similares: un aumento de la ansiedad después de la muerte de un hijo se asocia a la insatisfacción en la relación.
- 2.) ***Problemas causados por el cambio en la identidad de los padres a raíz de la muerte de un hijo:*** La muerte de un niño y el dolor que causa sacudirá y cambiará la propia imagen

de los padres. Por ejemplo, la relación puede haber terminado en divorcio debido al cambio de sexo de una pareja, pero esto fue un resultado inusual.

- 3.) ***El incremento en las dificultades en la comunicación:*** Los resultados de la investigación mostraron que la comunicación emocional, así como la comunicación en general entre los padres se vuelven más difíciles después de la muerte de un niño. Los problemas de comunicación se relacionaron con, (a) las diferencias de género que se manifiestan de modo que las madres expresaron una mayor necesidad de hablar y los padres al contrario, lo cual hace que los padres puedan tener dificultades para hacer frente a la pena juntos; (b) la diferente naturaleza y diferentes momentos de dolor de los padres. Estos resultados coinciden estudios anteriores (Arnold y Gemma, 2008; Cacciatore et al., 2008; Toller y Braithwaite, 2009). Hablar de la pérdida se ha experimentado como un tema muy doloroso (Gilmer et al., 2012) ya que existe la creencia de que de esta manera se protege al hijo (Bellali y Papadatou, 2006; todos citados en Salakari et al., 2014).
- 4.) ***Disminución de la intimidad sexual:*** El estudio también reveló cambios negativos en la vida sexual y un aumento de la falta de deseo sexual en ambos padres después de la muerte de un niño. Investigaciones previas (Dyregrov y Gjestad, 2011) también describen los cambios negativos en la intimidad sexual, y son las madres las que tienen una mayor falta de deseo sexual.
- 5.) ***Comportamientos que dañan a relación*** como por ejemplo el aumento de consumo de sustancias del hombre o el aumento de la violencia física. El aumento del uso de sustancias también se ha descrito en estudios anteriores sobre el dolor de los padres (Aho et al., 2006; Davies, 2006; Li, Precht, Mortensen y Olsen, 2003), pero su relación con cambios negativos en la relación aún no se ha descrito, según los autores. Un resultado preocupante del estudio fue la aparición de la violencia física, que describen las mujeres que se ha manifestado en sus hombres después de la muerte de su hijo. Los autores

señalan que el aumento de la violencia no había surgido en los estudios anteriores de duelo.

- 6.) ***La estabilidad de la relación y la infidelidad:*** la muerte de un niño sacude la estabilidad de la relación y puede ser motivo de una infidelidad. Estudios previos han demostrado también que el alejamiento de la pareja después de la muerte de un niño puede llevar a tener un romance con otra persona (Arnold y Gemma, 2008), que es una de las causas más comunes de terminar una relación (Amato y Previti, 2003). Los resultados de este estudio apoyan que una relación puede terminar en divorcio o separación durante la crisis tras la muerte de un niño. Estudios anteriores han informado de divorcios emergentes (Koskela, 2011; Rogers et al., 2008).

A modo de resumen, Salakari et al. (2014) señalan que la muerte de un niño provoca una crisis en la relación de pareja que puede aparecer, incluso, años después de la muerte del niño. Los autores plantean que se necesita tiempo para pasar por esta crisis y se requiere que los padres hagan frente a las emociones difíciles y que puedan expresar su dolor de manera más abierta. En este sentido, recomiendan la necesidad de ofrecerles apoyo en forma de debates y una oportunidad para la terapia de pareja después de la muerte de su hijo. Además, los hombres necesitan información sobre la importancia de apoyar a su pareja, así como medios para identificar y expresar emociones negativas a fin de evitar conflictos en la relación. Los autores concluyen que apoyar la relación de pareja después de la muerte de un niño es importante para el bienestar de los mismos padres, sus hijos vivos, y el conjunto de la sociedad.

#### **4.3.2 Impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes y su asociación con las relaciones de pareja en el futuro**

La muerte de los padres para los niños consiste en la pérdida permanente de una relación muy significativa, a menudo imprevista o sin explicación plausible. En este sentido, es uno de los eventos más estresantes que pueden ocurrir en la vida de un niño. Los padres son una fuente

de confort emocional y apoyo instrumental durante la infancia, adolescencia y edad adulta (Bengtson, 2001). Las consecuencias negativas de la pérdida de los padres para los niños han sido bien documentadas en la literatura (Amato y Anthony, 2014; Schafer, 2009). Su pérdida puede llegar a provocar una profunda crisis emocional que puede afectar la sensación de seguridad y capacidad de control de un niño sobre el medio ambiente (Sandler, 2001), y generar preocupaciones sobre su propia mortalidad (Christ, 2010). Traumas incontrolables como la muerte de los padres pueden interrumpir un modelo existente del mundo en el que las experiencias son predecibles y controlables (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996) lo cual, en el futuro de sus relaciones de pareja, les puede generar una mayor inseguridad y una mayor necesidad de control de sus relaciones.

A corto plazo, la mayoría de los niños en duelo experimentan síntomas elevados de estrés psicológico (Silverman y Worden, 1992), consiguiendo resolverlos en el tiempo, pero se estima que 10% - 21% de los niños en duelo desarrollan niveles clínicos de internalización y/o externalización de trastorno (Gersten, Beals y Kallgren, 1991). Los niños afligidos se mantienen, a largo plazo, en alto riesgo de una variedad de problemas de salud mental (Luecken, 2008).

Luecken y Roubinov (2012) citan algunos estudios que encuentran que la muerte de los padres en la infancia es un predictor de los trastornos psiquiátricos en adultos de mediana edad y de edad avanzada (Agid et al., 1999; Kendler, Gardner y Prescott, 2002a, 2006; Kivela, Luukinen, Koski, Viramo y Kimmo, 1998). Este riesgo de desarrollar psicopatología en los niños afligidos es particularmente alto después de la pérdida de un padre por suicidio, accidente o muerte súbita (Brent, Melham, Donohoe y Walker, 2009, citado en Luecken y Roubinov, 2012). La muerte por terrorismo entraría en uno de estos casos.

Luecken y Roubinov (2012) también citan algunos estudios epidemiológicos de correlación que enlazan la muerte de los padres en la infancia a problemas de salud física (Agid

et al., 1999; Felitti et al., 1998; Krause, 1998; Lowman, Drossman, Cramer y McKee, 1987), mientras que otros no lo hacen (Maier y Lachman, 2000; Tennant, 1988).

De ahí que suponemos que estos niños afligidos, que han desarrollado problemas de salud mental y física en la adultez, tendrán relaciones de pareja que sufrirán el impacto de estos problemas, algunas de cuyas asociaciones se han explicado ya en el marco de la presente investigación. Si bien es cierto que existen variables moderadoras de estas asociaciones, como también hemos señalado.

Sin embargo, volviendo al tema del impacto de la muerte de los padres sobre los niños, es muy importante tener en cuenta que los resultados de los estudios señalan que las circunstancias posteriores a dichas muertes pueden ser indicadores más fuertes de los efectos a largo plazo que el evento de pérdida de sí mismo (Harris, Brown y Bifulco, 1986; Sandler, 2001; citados en Luecken y Roubinov, 2012). Un modelo de riesgos y factor de protección propuesto por Sandler (2001) sugiere que el efecto acumulativo de múltiples riesgos y factores de protección después de la muerte de los padres desde la niñez pueden ser considerados moderadores y/o mediadores del impacto de la muerte en la adaptación física y psicológica de los niños.

En esta línea, Luecken y Roubinov (2012) proponen un modelo teórico que hace hincapié en los factores de riesgo después de la muerte y los factores de protección y su impacto en el desarrollo de respuestas a los futuros factores estresantes como vías para la salud a largo plazo. Los autores señalan que los entornos de riesgo ponen en peligro la capacidad de los niños en duelo para regular de forma adaptativa las respuestas emocionales y conductuales a los estresores, lo que resulta en pobres resultados de salud a través del tiempo. En contraposición, los entornos de protección promueven la regulación emocional adaptativa, lo que lleva a reducir la carga emocional y fisiológica de estrés y mejores resultados de salud a través del tiempo. En este sentido, enumeran varios factores de riesgo y de protección que señalamos a continuación y citan las investigaciones que apoyan sus conclusiones. De acuerdo a los

objetivos de nuestra investigación, nosotros iremos enlazando estos factores con su impacto en la calidad de la relación de pareja de estos niños y adolescentes en la edad adulta.

*En primer lugar*, señalan los autores, una cálida relación con el cuidador surge constantemente como un factor protector de la muerte de los padres, por lo que predice problemas de salud mental más bajos para los niños afligidos, incluso ante la presencia de continuos acontecimientos vitales negativos (Haine, Wolchik, Sandler, Millsap y Ayers, 2006). El sufrimiento del padre sobreviviente (que puede desarrollar depresión, por ejemplo, como consecuencia de la pérdida), puede aumentar la probabilidad de que la descendencia esté firmemente sujeta a desarrollar un estilo de apego inseguro (Waters, Merrick, Treboux, Crowell y Albersheim, 2000, citado en Luecken y Roubinov, 2012). Se predice que la falta de respuesta, la inaccesibilidad, y la percepción de falta de seguridad con la figura de apego crea inseguridad, soledad y aislamiento, interacción negativa y, en última instancia, la disolución de la relación (Bowlby, 1969, 1980).

Esta necesidad de vinculación que proporcione seguridad persiste, en cierta medida, a lo largo del curso de la vida de la persona (Greenberg y Goldman, 2008; Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler, 1999). En este sentido, el apego inseguro se ha asociado a problemas de relación de pareja (Feeney y Noller, 1990; Mondor, McDuff, Lussier y Wright, 2011; citados en Dalglish et al., 2014). Otros autores que relaciona estas variables son: Johnson et al. (1999), Johnson (2004, 2007), Burgess Moser (2012) y Dalglish et al. (2014).

En consecuencia, la muerte de los padres en la infancia se ha asociado con relaciones de pareja inestables y menos recursos sociales en la edad adulta (Ragan y McGlashan, 1986; Johnson y Barer, 2002).

*En segundo lugar*, volviendo al modelo de Luecken y Roubinov (2012), otro factor que puede mediar en la relación entre la muerte de los padres y los trastornos depresivos en niños y los hombres adultos (Kendler et al., 2006) es la autoestima. Los efectos adversos de la pérdida de los padres sobre la autoestima pueden ser importantes entre los niños más jóvenes cuyo

razonamiento simplista puede conducir a culpar erróneamente a sí mismos por la muerte (Christ, 2010). Lin, Sandler, Ayers, Wolchik y Luecken (2004) encontraron que los niños afligidos con los cuidadores que proporcionan altos niveles de calor y la disciplina consistente tenían una mayor autoestima y la autoeficacia que los niños vulnerables. De ahí que los problemas de autoestima será otra variable que puede afectar la calidad de las relaciones de pareja de estos niños en el futuro.

*En tercer lugar*, la muerte de los padres también puede aumentar la percepción de amenaza en eventos ambiguos o benignos (Luecken, Appelhans, Kraft y Brown, 2006). Los niños en duelo por sus padres, vulnerables por la baja autoestima, la autoeficacia, o el apoyo social insuficiente, pueden carecer de los recursos para percibir con precisión o evaluar las amenazas potenciales en el medio ambiente, desarrollando una mayor sensación de peligro (Wandersman y Nación, 1998). La consecuencia es una peor regulación de las emociones (Evans, Gonnella, Marcynszyn, Gentile y Salpekar, 2005), y aumento de la producción diaria de cortisol (Chen, Cohen y Miller, 2009). Por el contrario, una mayor calidad de las relaciones entre cuidador y niño y mayor autoeficacia se han asociado con una menor percepción de amenaza en respuesta a acontecimientos vitales negativos (Lin et al., 2004), y la evitación de atención de las señales de amenaza (Luecken y Appelhans, 2005) entre los jóvenes afligidos.

*En cuarto lugar*, la capacidad de regular las emociones en contextos sociales y de pareja es un factor crítico para la promoción positiva de la salud física y mental en la edad adulta (Beauchaine, Gatzke-Kopp y Mead, 2007; Campbell-Sills y Barlow, 2007; Joormann y Gotlib, 2010). Los factores estresantes posteriores a la muerte paternal pueden generar déficits en las habilidades de regulación emocional de los niños. En general, la crianza positiva se asocia con el desarrollo de la regulación emocional adaptativa (Eisenberg et al., 2005), mientras que los problemas en la crianza están vinculados a la regulación emocional desadaptativo (Sheffield Morris, Seda, Steinberg, Myers y Robinson, 2007; Goodman y Gotlib, 2002; Sohr-Preston y Scaramella, 2006). Por ejemplo, para los niños en duelo, la depresión del cuidador puede



disminuir la crianza positiva, que a su vez puede afectar aún más el desarrollo de la regulación emocional (Kwok, Haine, Sandler, Ayers y Wolchik, 2005). Como se ha mencionado con anterioridad en esta tesis doctoral, dentro de los problemas en el área afectiva que enfrentan las relaciones de pareja se encuentran los déficits en la regulación de las emociones, señalándose los problemas más frecuentes que ocurren al respecto.

*En quinto lugar*, otra área que señalan Luecken y Roubinov (2012) en su modelo es la reactividad emocional, definida como la naturaleza y la intensidad de la emoción experimentada como resultado de la exposición al estrés y los intentos reguladores asociados. Estos autores citan a Slavich, Monroe y Gotlib (2011), que sugieren que los niños afectados pueden presentar una mayor reactividad al estrés durante la vida de tal manera que la muerte sensibiliza emocionalmente a las personas a las pérdidas interpersonales de la vida más tarde, lo que resulta en respuestas depresivas mayores a niveles más bajos de estrés con respecto a los adultos que no han sufrido el duelo de los padres. De ahí que en sus relaciones de pareja futuras el miedo a la pérdida, a la soledad, al abandono asociado a la muerte temprana de sus padres (Ruppert, 2012) puede ser una experiencia que deje su huella en estas relaciones.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, suponemos que estos niños y adolescentes que han vivido la pérdida temprana de sus padres (afectados por una mayor probabilidad de padecer: (a) trastornos mentales, (b) problemas en la regulación de las emociones, (c) déficits de autoestima, (d) la pérdida de seguridad en el mundo y una mayor necesidad de control del ambiente que les rodea, (e) apego inseguro, (f) mayor sensibilidad ante las pérdidas interpersonales de la vida más tarde, (mayor miedo a la pérdida, a la soledad, al abandono), (g) mayor percepción de amenaza en eventos ambiguos o benignos, tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de relación de pareja que en su futuro formarán. Todas estas huellas que la pérdida temprana de sus padres les ha dejado, pueden transformarse en “vulnerabilidades” del adulto que llegará a ser, y que dejarán su impronta en sus relaciones de pareja futuras.

Para entender el modo en que estas vulnerabilidades pueden afectar la relación de pareja, véase la obra de Dimidjian et al. (2008) a la que ya hemos hecho referencia en esta tesis doctoral, donde se especifica que los problemas en la relación de pareja no son causados por las diferencias, desacuerdos o conflictos entre los miembros de la pareja, si no por las formas destructivas con que algunas parejas responden a estas incompatibilidades inevitables. Para estos autores las dificultades vienen cuando estas diferencias surgen de “vulnerabilidades” que cada miembro de la pareja se trae a la relación en lugar de por simples diferencias en la preferencia. Por otra parte Baucom et al. (2008, 2015) mencionan que la terapia de pareja cognitivo-conductual también ha incorporado las aportaciones que explican que las características que cada miembro aporta a la relación de pareja contribuyen al modo en que las parejas se comportan e interpretan eventos de forma desadaptativa. Estas contribuciones individuales pueden derivarse del malestar psicológico individual o de la psicopatología, puesto que cada miembro de la relación tiene una historia única y unas preferencias, necesidades y motivos que afectan a las interacciones de pareja, desempeñando, a menudo, un papel crucial en la satisfacción y buen funcionamiento de la pareja (p. ej., Christensen y Heavey, 1993; Karney y Bradbury, 1995).

#### **4.3.3 Impacto del duelo de los padres sobre los jóvenes y adultos**

En la literatura científica sobre el impacto de la muerte de los padres sobre los hijos está más investigado el duelo en la niñez y en la adolescencia que en la edad adulta. Las consecuencias adversas de las pérdidas son más pronunciadas en la infancia y en la adolescencia que en las personas adultas (Rostila y Saarela, 2011), existiendo varias razones posibles como ya hemos explicado. Una de ellas es la figura de apego primaria que ejercen los padres, que va perdiendo su importancia poco a poco, y se van agregando a otras relaciones sociales, como cónyuges, hijos y amigos. Otra es que la muerte de un padre cuando se es joven

es más inesperada y, por consiguiente, tiene consecuencias más adversas (Leopold y Lechner, 2015).

De los pocos estudios que han tratado el tema con adultos, se ha sugerido que pueden surgir efectos adversos a largo plazo.

El duelo filial se asocia con reducciones sustanciales y a largo plazo de bienestar en adultos (Marks, Jun y Song, 2007). La literatura sugiere tres vías por las que median estos efectos negativos. **Primero**, el proceso del duelo en sí, implica una importante agitación mental, pudiendo darse una respuesta de estrés prolongado. **En segundo lugar**, la pérdida de un padre en la edad adulta puede implicar reconfiguración de roles, responsabilidades familiares y la transformación de la identidad del joven, los cuales pueden suponer una carga psicológica importante para los adultos en duelo (Petersen y Rafuls, 1998).

Leopold y Lechner (2015) citan los estudios existentes sobre el impacto de la muerte de los padres en edad adulta que revelan heterogeneidad sustancial, donde el moderador más importante es el género. La muerte de la madre suele ser más traumática que la del padre (Umberson, 2003; Umberson y Chen, 1994). Esto se atribuye a los lazos de unión entre niños y madres, que actúan como cuidadores primarios e invierten más en las relaciones de familia al cabo de toda la vida (Bowlby, 1969; Umberson, 2003). Otros estudios más consistentes han sugerido que la diada padre-hijo/madre-hija son más fuertes, las niñas sufren más al morir la madre.

Por el contrario, continúan citando Leopold y Lechner (2015), las investigaciones al respecto, los hijos sufren más con la muerte del padre, aunque no se corresponde con la fuerza de los lazos emocionales, por lo que se sugiere la importancia de la identificación personal como modelo a seguir hasta la edad adulta (Umberson, 2003). Los hombres, por ejemplo, pueden aumentar su consumo de alcohol con más frecuencia que las mujeres, especialmente después de la pérdida de su padre (Marks et al., 2007); y también parecen a ser algo más vulnerables a mayor mortalidad después de la muerte de uno de los padres en la edad adulta

(Rostila y Saarela, 2011). Las mujeres, por el contrario, pueden mostrar cambios afectivos más pronunciados que los hombres (Umberson, 2003; Umberson y Chen, 1994). Cada uno de estas variables tendrá su eco particular en cómo se relacionen con sus parejas.

La edad de los afligidos y la inusualidad de la muerte tienen un impacto significativo en la intensidad y naturaleza de la respuesta al duelo. Los jóvenes afligidos experimentan un duelo más intenso y prolongado con un mayor decremento en la salud, más visitas al médico por problemas físicos y emocionales y un mayor consumo de drogas, alcohol y tabaco tras la pérdida. El tipo de relación con el fallecido (si el afligido se relacionaba o no con el fallecido y la naturaleza específica de esta relación) también influye en el curso e intensidad del duelo (Heberman, Fullerton y Ursano, 2013).

Leopold y Lechner (2015) realizaron un estudio longitudinal completo del impacto de la muerte de un padre en la satisfacción vital en la edad adulta con el objetivo de investigar cómo el duelo afecta al bienestar subjetivo de los hijos adultos. Dentro de los resultados del estudio se encontró que, aunque la pérdida de un padre en la edad adulta típicamente implica sólo caídas moderadas de satisfacción con la vida y es seguido por una adaptación gradual, su impacto en la satisfacción de la vida adulta está moderado fuertemente por el género y la edad. Las diferencias de género surgieron principalmente con respecto a la constelación de género de la diada padre-hijo. Dentro de estas diadas, las hijas que pierden a sus madres experimentaron los descensos más fuertes de satisfacción vital. Esto también encaja con la investigación sobre la resistencia de las uniones entre generaciones, lo que ha puesto de relieve las cualidades únicas de los lazos entre madre e hija en términos de intimidad, la frecuencia de contacto y apoyo instrumental (Fingerman, 2001; Silverstein et al., 1997). Teniendo en cuenta las conclusiones bien establecidas desde la literatura sobre las relaciones intergeneracionales, este resultado podría reflejar una mayor conciencia de las hijas del estado de salud de los padres, así como una mayor exposición a la carga del cuidador terminal (Leopold, Raab y Engelhardt, 2014, citado en Leopold y Lechner, 2015).

Leopold y Lechner (2015) encontraron resultados en cuanto a las diferencias de edad. Se encontró que perder a un padre que aún está en la edad adulta tuvo efectos negativos más profundos que perder a un padre más mayor. Para las hijas que han perdido a sus madres de modo prematuro, este es uno de los descensos más fuertes documentados en la literatura sobre acontecimientos vitales y el bienestar subjetivo (Clark et al., 2008; Luhmann et al., 2012; citados en Leopold y Lechner, 2015). Estos fuertes efectos parecen estar vinculados a experiencias vitales de las hijas a esa edad, como lo son la maternidad, el matrimonio, etc.

Por otro lado, el impacto depende de la edad del duelo filial. Esta explicación, mencionan los autores, está en línea con la teoría del ciclo vital y está de acuerdo con la afirmación que los acontecimientos de la vida pueden causar cambios en la satisfacción con la vida que no van seguidos de una vuelta a la normalidad relativamente rápida (Headey, 2010).

En conclusión, según Leopold y Lechner (2015), para los adultos que pierden sus padres, el duelo constituye también un desafío al que tendrán que hacer frente. Aunque la pérdida de un padre en la edad adulta típicamente implica sólo caídas moderadas de satisfacción con la vida y es seguido por una adaptación gradual, el duelo se ha asociado con reducciones sustanciales y a largo plazo de la satisfacción en la vida en adultos, problemas emocionales y trastornos psicológicos. A pesar de que la satisfacción con la vida es un importante resultado en sí misma, la investigación indica que también es predictiva de futuros problemas de salud mental, tendencias suicidas, problemas de salud física, y la mortalidad (Diener, Inglehart y Tay, 2013). Los resultados relativos a las diferencias de edad y sexo en el duelo por la muerte de los padres en adultos permiten identificar individuos que están en un mayor riesgo de sufrir potencialmente consecuencias de largo alcance de la pérdida de los padres en cuanto a la disminución a largo plazo en la satisfacción con la vida y problemas de salud asociados. Estos resultados sugieren que, en particular, las hijas que experimentan una pérdida prematura de su madre necesitan de una mayor atención, seguramente debido a lo inusual de estos hechos y a la

dificultad para poder sentirse entendidas y acogidas en el tejido social, frente a las pérdidas de los padres a una mayor edad que se asume como parte de la vida.

Evidentemente, la satisfacción con la vida y sus problemas asociados se expresará en el modo en el que estos adultos, afligidos por el duelo, se relacionan con el mundo, incluyendo sus relaciones de pareja. Todos estos retos deberán ser asumidos por las parejas que estas personas han formado y de la que esperarán comprensión, acompañamiento y apoyo en estos momentos difíciles. El apoyo emocional percibido se ha encontrado como un factor importante para proteger tanto directa como indirectamente la salud mental y física de los efectos de los eventos estresantes de la vida.

#### **4.4 Impacto del trastorno de estrés postraumático en la calidad de la relación de pareja**

En cuanto al impacto del TEPT en la calidad de la relación de pareja, las búsquedas en la literatura revisada nos mostraron que muchos de los síntomas de TEPT pueden tener un impacto directo sobre las relaciones de pareja si bien es cierto, que existen moderadores de estas asociaciones. Diferentes programas de investigación realizados ya han permitido la realización de algunos metaanálisis de la literatura existente al respecto. Por ejemplo, hemos encontrado el metaanálisis de Lambert et al. (2012) y el de Taft, Watkins, Stafford, Street y Monson (2011).

Muchas son las variables que asocian la calidad de la relación de pareja y el TEPT y/o sus síntomas significativos.

Como ya hemos mencionado, la mayoría de los estudios que han documentado de forma consistente una asociación entre el TEPT y los problemas en las relaciones íntimas se ha realizado en veteranos de guerra. Monson, Fredman y Adair (2008) resumen estas asociaciones:

En relación con los veteranos expuestos al trauma sin TEPT, los veteranos que sufren de trastorno de estrés postraumático tienen una mayor variedad de problemas de pareja y más graves, una mayor probabilidad de divorciarse y divorciarse en múltiples ocasiones, tasas más altas de agresión verbal y física contra las parejas e hijos, más disfunción sexual y deficiencias más importantes en la expresividad emocional. (Monson et al., 2008, p. 959)

Los resultados de la literatura científica revisada nos han mostrado que muchos de los síntomas del TEPT como la hipervigilancia, la evitación y el embotamiento emocional, deterioran las relaciones íntimas de los sobrevivientes de traumas (Galovski y Lyons, 2004; Monson, Gradus, La Bash, Griffen y Resick, 2009). La investigación sugiere que cuando una pareja tiene síntomas elevados de TEPT, el cónyuge tiende a informar de insatisfacción en la relación (Goff, Crow, Reisbig y Hamilton, 2007; Renshaw, Rodebaugh y Rodrigues, 2010).

Dentro de los síntomas del TEPT, los síntomas de embotamiento emocional están asociados más en particular con la insatisfacción con la relación. En particular, el embotamiento emocional puede interferir en la intimidad de la pareja. LaMotte, Taft, Reardon y Miller (2015) citan varios estudios que han demostrado una relación entre los síntomas de TEPT y la intimidad matrimonial entre los veteranos de guerra. Por ejemplo, Zeraj, Anat, Salomón y Heruti (2010) encontraron que los déficits en la intimidad conyugal son un mediador parcial entre los síntomas de TEPT y el ajuste diádico en una muestra de ex-prisioneros de guerra israelíes. Por otra parte, Riggs, Byrne, Weathers y Litz (1998) hallaron que este tipo de síntomas de los veteranos de Vietnam predijeron significativamente su miedo a la intimidad. Por último, en otro estudio, también de veteranos, el embotamiento emocional fue el único grupo de los síntomas de TEPT que predijo de manera significativa los problemas con el funcionamiento sexual, que pueden estar estrechamente relacionados con las dificultades con la intimidad (Nunnink, Goldwaser, Afari, Nievergelt y Baker, 2010).

Como sabemos, los síntomas del TEPT llevan asociados muchas consecuencias negativas. Los síntomas de reexperimentación incluyen pesadillas y *flashbacks* y, posiblemente, puede llevar a las parejas a que duerman por separado, lo que podría afectar a la intimidad (Allen, Rhoades, Stanley y Markmam, 2010). Los síntomas de evitación implican menos interés, desapego emocional, restricción afectiva, y un sentido de futuro limitado (Dekel y Monson, 2010) y, a menudo, conducen al aislamiento, retraimiento emocional, problemas de intimidad y, a veces, abuso conyugal (Allen et al., 2010; Monson et al., 2009).

Dada la importancia de la intimidad, las actividades compartidas y responsabilidades en las relaciones de pareja, LaMotte et al. (2015) investigaron las asociaciones entre los síntomas de TEPT de los veteranos y los deseos de sus parejas de que los veteranos cambien en estos dominios. Los síntomas de TEPT de los veteranos se asociaron con mayores deseos de cambio de las parejas de los veteranos en la intimidad y comportamientos de participación en actividades compartidas, lo que sugiere que estas son las áreas relevantes de la relación que funcionan para hacer frente en el tratamiento. Al examinar la contribución de cada grupo de síntomas de forma individual, sólo los síntomas de embotamiento emocional surgieron como un único predictor significativo y se asociaron con cambios deseados en la intimidad de las parejas. Los autores recomiendan apoyar a los métodos de tratamiento, de los que hablaremos más adelante, que se dirigen específicamente a estos síntomas.

Por otra parte, los síntomas de rabia y agitación reducen el sentimiento de seguridad en la pareja (Dekel y Monson, 2010). Los síntomas de hipervigilancia están particularmente asociados con la agresión. Por ejemplo, los militares veteranos con TEPT son más proclives a mostrarse tanto física como emocionalmente agresivos y tienen más comportamientos hostiles que los veteranos sin TEPT (Byrne y Riggs 1996). De hecho, los veteranos que sufren de TEPT perpetúan la violencia a su pareja con mayor frecuencia y con mayor gravedad, a tasas de dos o tres veces el promedio nacional en los Estados Unidos (Finley, Baker, Pugh y Peterson, 2010).



Además, el TEPT tiende a venir con otras enfermedades concomitantes como el abuso de sustancias y la depresión (Dekel y Monson, 2010). Monson et al. (2009) señalaron que los veteranos con TEPT eran más propensos a ser físicamente agresivos cuando estaban deprimidos, abusaban de sustancias, o si habían visto más matanzas durante el despliegue. También afirmaron que el abuso de drogas y la depresión pueden aumentar el riesgo de una relación de pareja con dificultades.

Con relación a la agresión, ya hemos mencionado en el marco de la presente investigación el metanálisis de Taft et al. (2011), que arrojó tamaños del efecto moderados para las asociaciones entre el TEPT y la calidad percibida en la relación por parte del sobreviviente y el grado de agresión física y psicológica hacia la pareja. Estos autores argumentaron que el TEPT relacionado con el estado militar puede impactar de forma significativa en las relaciones íntimas, ya que está más fuertemente asociado con la ira y hostilidad que las en las muestras civiles. Es sabido de que la ira y hostilidad de uno de los miembros de la pareja es predictivo de la satisfacción del cónyuge en la pareja (Markman, 1991; Roberts, 2000; citados en Taft et al., 2011), siendo la magnitud de la asociación más fuerte en muestras militares, como ya hemos señalado.

Un estudio preliminar a este metaanálisis fue el realizado por Taft et al. (2009) en una muestra de 205 mujeres adultas víctimas de inundaciones. Los síntomas de TEPT se asociaron con una mayor victimización en cuanto a agresión física y psicológica, un ajuste de relación más pobre y una agresión física y psicológica superior. Estos hallazgos apoyan la idea de que las mujeres en esta muestra pueden haber sido partícipes en la agresión en la pareja, en parte por legítima defensa o en función de las formas más leves de agresión bidireccional. Estos resultados, señalan los autores, son consistentes con los modelos que enfatizan la relación de desajuste en la etiología de la relación con la conducta agresiva (Riggs y O'Leary 1989).

En un estudio más reciente (Meffert et al., 2014) se comprobó que la percepción de los síntomas de TEPT de su pareja está ligada a condiciones emocionales e interpersonales

destructivas, incluyendo síntomas de trauma secundario y violencia. En este sentido, no sólo los individuos con TEPT se encontraban en mayor riesgo de desarrollar violencia hacia sus parejas, sino que también resultaban más propensos a recibir violencia de sus parejas.

Otra variable asociada con el TEPT, sin importar el tipo o la gravedad del evento traumático, son las inseguridades en el apego. Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer y Shaver et al. (2010) citan los autores que han encontrado estas asociaciones (por ejemplo, Dieperink et al., 2001; Fraley et al., 2006; Muller y Lemieux, 2000). La teoría del apego también hace hincapié en la importancia de adoptar una perspectiva diádica en los procesos relacionados con el apego, porque las inseguridades de apego de un solo compañero puede afectar a las cogniciones, las emociones y el comportamiento de la otra parte (Mikulincer y Shaver, 2003). Varios estudios han demostrado que las inseguridades de apego contribuyen a la insatisfacción con su relación del otro miembro de la pareja (por ejemplo, Brennan y Shaver, 1995; Collins y Read, 1990; citados en Ein-Dor et al., 2010).

Ein-Dor et al. (2010) examinaron estas asociaciones a nivel diádico. Las asociaciones que se encontraron entre las inseguridades de apego y miembros de la pareja con TEPT llaman la atención sobre la importancia de los procesos diádicos en el mantenimiento del trastorno. Se comprobó que el apego ansioso está implicado tanto en el TEPT como en la traumatización secundaria. La ansiedad en el apego se asoció con síntomas de TEPT, tanto en el control y los grupos de ex-prisioneros de guerra. Estos resultados son coherentes con numerosos estudios que indican que el apego ansioso interfiere con el afrontamiento eficaz y exacerba los problemas emocionales y psicopatología. El trauma secundario de las esposas se asoció no sólo con su propio apego ansioso sino también con el apego ansioso de sus maridos traumatizados. Sin embargo, la ansiedad de apego de las esposas no se asoció con una mayor gravedad de síntomas de TEP en sus maridos. Pero la ansiedad apego se asoció con síntomas de TEPT, tanto en el control y los grupos de exprisioneros de guerra. Con respecto al apego evitativo, se comprobó la hipótesis de que estaría asociada con el desarrollo del TEPT y trauma solo en el

caso de trauma extremo, como el cautiverio, pero no bajo condiciones traumáticas menos extremas. Como consecuencia el apego evitativo, asociado con reexperimentación y evitación, se tornó en síntomas más graves de TEPT. Una asociación conceptualmente similar se encontró entre el apego evitativo y trauma secundario más grave entre las esposas de los ex prisioneros de guerra, no resultando esta asociación significativa entre las esposas del grupo control. Por otra parte, el apego evitativo se relacionó con las conductas de hiperexcitación del TEPT en ambos grupos.

En el ya citado estudio de Allen et al. (2010) se encontró que los síntomas de TEPT en los veteranos correlacionaron negativamente con la satisfacción marital, la confianza en la relación, la vinculación positiva entre los cónyuges, la alianza parental y la dedicación a la relación de ambos esposos. Además, los síntomas de TEPT de los esposos se asociaron con mayores niveles de comunicación negativa en ambos miembros de la pareja.

Con respecto a la comunicación existe un estudio realizado con refugiados bosnios en los Estados Unidos (Spasojević, Heffer y Snyder, 2000). De acuerdo con la investigación previa, la sintomatología de TEPT fue un poderoso predictor de problemas en la relación a través de diversas áreas de funcionamiento marital entre estas parejas de refugiados bosnios. La comunicación en situaciones de parejas (resolución de problemas y comunicación afectiva) mostraron las correlaciones más altas con el TEPT. Este hallazgo corrobora las observaciones de estudios de caso por Weine, Vojvoda, Hartman y Hyman (1997, citado en Spasojević et al., 2000) quienes informaron que las experiencias traumáticas fueron raramente compartidas dentro de una familia “sobreviviente”. Los miembros de la familia, cada uno con su propio trauma, a menudo se aíslan los unos de otros, lo que puede ser el resultado tanto de la interrupción de la comunicación como de las dificultades maritales.

Por otra parte, el TEPT está asociado a niveles más altos de conflicto marital, tanto en muestras militares (por ejemplo, Meis, Erbes, Polusney y Compton, 2010; Goff et al., 2007), como civiles (Monson et al., 2009; Taft et al., 2009). Las parejas de relaciones en conflicto,

donde uno ha sido traumatizado, quedan estancadas patrones de relación disfuncionales, tales como perseguir/retirar y ataque/defensa, que hemos descrito en el capítulo 2 de la presente investigación y que hacen el compromiso emocional positivo casi imposible (Johnson y Williams-Keeler, 1998).

Estos autores señalan que, para entender el problema de la conflictividad en las relaciones de pareja, hay que tener en cuenta que la experiencia del trauma intensifica la necesidad de protección de la pareja, citando la obra de Herman (1992). Al mismo tiempo, el problema es que la experiencia traumática genera desconfianza e inseguridad, lo cual dificulta la posibilidad de confiar en la pareja para recibir este apoyo. En consecuencia, las parejas traumatizadas se centran en la seguridad personal y en la protección de ellos mismos en lugar de facilitar un auténtico contacto humano entre los miembros de la pareja.

Volviendo al tema de los altos niveles de conflicto en estas parejas, uno de los estudios en muestras militares que encontraron estos resultados investigó un grupo de familias de los veteranos de Vietnam australianos que sufren TEPT (Westerink y Giarratano, 1999). Los resultados mostraron que las parejas de los veteranos de Vietnam reportaron significativamente menos cohesión y expresividad en sus familias. Del mismo modo, Solomon (1988) encontró que las esposas de los veteranos con TEPT israelíes informaron cohesión familiar más baja, menor expresividad y el aumento de los conflictos.

En el estudio que hemos citado anteriormente, con parejas de refugiados bosnios en los Estados Unidos (Spasojević et al., 2000), los resultados sugieren que las parejas de refugiados que muestran importante sintomatología de TEPT parecen más susceptibles de presentar, del mismo modo, tasas más altas en problemas maritales.

Otra variable que ha sido investigada con el TEPT ha sido el apoyo social: se ha argumentado que las parejas que sufren los síntomas del TEPT pueden aislarse socialmente. Dirkzwager, Bramsen, Adèr y van der Ploeg (2005) descubrieron que las parejas de las fuerzas de paz con síntomas de TEPT informaron apoyo social más negativo que otras parejas de las

fuerzas de paz sin síntomas de TEPT. Los autores citan la obra de Gilbert (1998) que argumenta que el aislamiento social puede ser el resultado de factores de dentro y de fuera de la pareja. Los síntomas de TEPT de las fuerzas de paz pueden poner una tensión tal en la relación matrimonial que sus parejas pueden tener dificultades para proporcionar el tipo de apoyo beneficioso para el ajuste de los veteranos (Shehan, 1987, citado en Dirkzwager et al., 2005).

Es muy importante tener en cuenta que el impacto del TEPT en las parejas, puede extenderse más allá del efecto perjudicial en la relación. Los síntomas de TEPT también parecen estar asociados con el grado en que la pareja presenta algún trastorno psicológico, pues cuando una pareja tiene síntomas elevados de TEPT, el cónyuge tiende a informar una angustia psicológica elevada (Davidson et al., 2006; Dirkzwager et al., 2005; Manguno-Mire et al., 2007; citados en Lambert et al., 2012). Se ha descubierto que vivir con una pareja que exhibe este tipo de sintomatología incrementa la propia probabilidad de experimentar estrés, ansiedad y depresión (Goff y Smith, 2005). La naturaleza íntima de la relación matrimonial y el hecho de que la pareja es generalmente la fuente principal de apoyo puede hacer que la pareja sea más vulnerable a la traumatización secundaria que el resto de los miembros de la familia.

Se puede entender el estrés como resultado de que la pareja que sobrevive al trauma no es capaz de funcionar conforme a los roles establecidos y el cónyuge aumenta sus responsabilidades, o debido a mayores tensiones en el hogar debido a una mayor irritabilidad (Dekel y Monson, 2010; Fredman, Monson y Adair, 2011). Si un cónyuge adquiere el rol de cuidador para compensar el problema de funcionamiento del sobreviviente, puede estar en riesgo de desarrollar la carga del cuidador (Zarit et al., 1986, citado en Lambert et al., 2012). Por último, el aprendizaje acerca de las experiencias traumáticas de la pareja podría resultar en que el cónyuge que no sufrió el trauma desarrolle sintomatología traumática y respuesta traumáticas similares a las exhibidas por su pareja, un procedimiento identificado en la literatura como el estrés traumático secundario (Figley y Kleber, 1995).

Algunos estudios han permitido establecer una asociación significativa entre la violencia interpersonal, la carga de cuidador y el ajuste psicológico que proporciona una justificación a la expresión de la ira y la gestión de la agresión como un componente crítico en el tratamiento del TEPT. De ahí que distintos tratamientos específicos de la ira y violencia podrían disminuir sustancialmente la experiencia de la carga de los cuidadores así como el impacto que produce en estos la violencia interpersonal de los veteranos, el entorno de trabajo y la sociedad.

#### **4.4.1 Impacto del trastorno de estrés postraumático en la calidad de la relación de pareja en víctimas de terrorismo**

Aunque el conocimiento sobre el trauma causado por un ataque terrorista se ha incrementado en las últimas décadas y se conoce que los cónyuges son afectados por las reacciones de las víctimas al evento traumático (Figley y Kleber, 1995) como ya hemos referido son pocos los estudios que examinan la asociación entre el TEPT en víctimas de un ataque terrorista en la calidad de relación de pareja y en la salud mental del cónyuge, que en la mayoría de los casos funcionan como el cuidador principal. El problema es que gran parte de la literatura sobre las víctimas de un ataque terrorista evalúa el TEPT y se centra en los efectos del trauma en las víctimas que estuvieron expuestas directamente a un evento traumático. Como ya hemos señalado, la relación entre trastornos mentales y problemas de pareja en víctimas del terrorismo ha sido bastante menos estudiada que en veteranos de guerra y otras poblaciones.

En la revisión bibliográfica encontramos algunos estudios importantes. El primero de ellos fue realizado por Gilbar, Weinberg y Gil (2012), con el propósito de examinar el impacto de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (PF\* - siglas en inglés) y en la emoción (EF\* - siglas en inglés) en las víctimas de un ataque terrorista con TEPT y sus cónyuges utilizando el modelo de interdependencia actor-pareja (APIM, Kenny et al., 2006, citado en Gilbar et al., 2012). Un total de 72 parejas, que consistían en víctimas lesionadas que

estuvieron expuestas a los ataques terroristas y sus cónyuges que no resultaron heridos, participaron en el estudio.

Los resultados del estudio mostraron que las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones de las víctimas lesionadas o sus cónyuges, o ambos, con las consecuencias de un ataque terrorista mucho tiempo después del evento se relacionan positivamente con TEPT, mientras que el afrontamiento centrado en el problema no. Además, el modelo también reveló que el género de las víctimas tuvo un impacto en cónyuges con TEPT, lo que indica que cuando la víctima es un varón, el TEPT de la pareja femenina es más alto, en comparación con el caso inverso. Esto coincide con la mayor tendencia femenina de la empatía y la identificación con el sufrimiento de los demás. Por último, los niveles de TEPT de ambos compañeros se correlacionaron positivamente. Esto añade una nueva perspectiva para el patrón de relaciones entre TEPT y las estrategias de afrontamiento.

Una posible explicación, mediante el análisis del modelo díada, es que el TEPT de la víctima es mayor cuando uno de los cónyuges trata de negar la situación, mientras que el otro no, o puede que esto también suceda cuando uno de los cónyuges intenta dar rienda suelta a las emociones relacionadas con la situación y el otro no lo hace, lo que puede estar relacionado con las diferencias de género en el afrontamiento del estrés. Cuando la muestra se compone de ambos sexos, sin embargo, el impacto de género debe ser tenido en cuenta. Los autores explican que los resultados concuerdan con las teorías cognitivas de estrés y afrontamiento (por ejemplo, Lazarus, 1999; Lazarus y Folkman, 1984; citados por Gilbar et al., 2012), que sugiere que las estrategias centradas en la emoción constituyen la variante/cognitivo-conductual que se anticipa cuando una situación es incontrolable.

En este sentido, los resultados del estudio demuestran un alto uso de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción por las víctimas y también coinciden con la adaptación al modelo diádico del trauma (Goff y Smith, 2005), a saber, la asociación entre las víctimas y los cónyuges con TEPT. Los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de programas que

capacitan a parejas a asesorarse en el desarrollo de habilidades para la reducción de los diferentes niveles de angustia en las víctimas y sus cónyuges, previniendo y mejorando el funcionamiento continuo, que se logra al centrarse en técnicas cognitivo-conductuales que pueden disminuir el nivel de malestar de las víctimas y los cónyuges.

El segundo estudio fue realizado por Weinberg (2013) que examinó el apoyo social, la tendencia a perdonar, y la autoestima dentro de la asociación diádica bidireccional entre supervivientes de ataques terroristas y su cónyuge en el contexto de los síntomas de TEPT de ambos grupos basado en el modelo de interdependencia actor-pareja (APIM; Kenny et al., 2006, citado en Weinberg, 2013). La muestra consistió en 108 sobrevivientes heridos del terrorismo y sus cónyuges, uno de los cuales fue expuesto directamente a un ataque terrorista.

Los resultados de este estudio demuestran que el perdón, la autoestima y el apoyo social no solo se asocian con los propios síntomas de TEPT, sino también con los síntomas de TEPT de los cónyuges. Curiosamente, los patrones de estas asociaciones diferían entre el perdón, el apoyo social y la autoestima. Los análisis mostraron que los niveles más altos del perdón en los sobrevivientes, a sí mismos, el perdón de los demás, y el perdón situacional se asociaron con una menor gravedad de los síntomas de TEPT, propios y del cónyuge, lo cual estaba en consonancia con investigaciones anteriores. Sin embargo, con respecto a los cónyuges, la tendencia a perdonar a los demás no demostró tal relación. Por otra parte, el perdón a sí mismo no parece ser significativo en la predicción de los síntomas de TEPT, pero el perdón a los demás y el perdón de situación se contabilizan. Perdonar a los demás podría implicar generalmente perdón hacia el cónyuge, porque la escala no solo se refiere al perdón asociado con el trauma. Esto, a cambio, puede reducir la sensación general de la culpa de sí mismo, y la culpa en el cónyuge, que afectan a sus síntomas de TEPT.

Los resultados de Weinberg (2013) también muestran que los mayores niveles de autoestima de los sobrevivientes y los cónyuges fueron relacionados con menores síntomas de TEPT. Sin embargo, este estudio demuestra que el factor potencialmente clave de la autoestima



de los cónyuges, está relacionado negativamente con los síntomas de TEPT en sobrevivientes y cónyuges. Por otra parte, los niveles más altos de apoyo social de los cónyuges se asocian únicamente con una menor gravedad de los síntomas de TEPT. Sin embargo, aunque el apoyo social percibido por los cónyuges no parece contribuir a los síntomas de TEPT, lo hace asociado con una reducción en los propios síntomas de TEPT. Un último resultado del estudio indica interrelaciones positivas entre las tendencias a perdonar, la autoestima, y el apoyo social de los sobrevivientes y cónyuges, encontrándose una correlación positiva entre la gravedad de los síntomas de TEPT de los sobrevivientes y los cónyuges, un hallazgo que proporciona un refuerzo adicional para la relación diádica bidireccional entre sobreviviente y cónyuge (Gilbar et al., 2012; Goff y Smith, 2005).

Los autores recomiendan, al abordar la pareja, tener en cuenta la tendencia del superviviente a perdonar a los demás, el apoyo social y la autoestima del cónyuge, ya que tienen una asociación diádica tanto con los síntomas del TEPT del sobreviviente como del cónyuge.

El tercer estudio (Nakonezny, Reddick y Rodgers, 2004) y el cuarto (Cohan, Cole y Schoen, 2009) investigaron los efectos a corto plazo del terrorismo sobre las tasas de divorcio tras el atentado bomba de Oklahoma y tras el ataque terrorista del 11 de septiembre en Nueva York, realizándose un seguimiento durante un año. Los resultados de estos estudios mostraron que los divorcios disminuyeron en áreas geográficamente proximales, así como en las áreas distantes, pero próximas psicológicamente. Esto significa que ser vulnerable a un ataque terrorista con muertes con o sin destrucción de infraestructuras, estuvo asociado a una disminución de la tasa de divorcios, por lo que el miedo a la muerte, incluso cuando la experiencia es vicaria, moviliza a las personas a alterar sus caminos y refrenar los trámites de divorcio.

Los hallazgos de un decremento mes a mes en la tasa de divorcios son consistentes con la teoría del apego, es decir, como afirma Bowlby (1973, citado en Cohan et al., 2009), los

miembros de la familia permanecerán juntos durante días o semanas tras un desastre porque la cercanía de los seres queridos proporciona seguridad. En situaciones de tensión e incertidumbre y amenaza, las personas mantienen su estatus y se abstienen de llevar a cabo grandes cambios en su vida. Los autores plantean la necesidad de evaluar si los procesos o mecanismos que ellos proponen son los responsables del descenso en el número de divorcios. Explicaciones alternativas pueden incluir el caos urbano o las comparaciones sociales descendentes (Bunk, 2006; Taylor, Bunk, Collins y Reed, 1992; citados en Cohan et al., 2009). Estas últimas implican que percibir un matrimonio con problemas es mejor que nada, comparado con las familias que fueron devastadas por el desastre.

Por último, en las víctimas del terrorismo nos parece importante mencionar algunos estudios que abordan la traumatización secundaria. El primero es un estudio de Pfefferbaum, North, Bunch, Wilson y Schorr (2002) que hace referencia al impacto del atentado con bomba de 1995 en la ciudad Oklahoma en una muestra voluntaria de esposas y parejas íntimas de los bomberos que participaron en el rescate. En este estudio se encontró que las esposas y parejas íntimas tuvieron menores niveles de trastornos psiquiátricos tras el desastre que sus compañeros bomberos, más intensamente afectados, aunque muchas mujeres, no obstante, experimentaron síntomas de TEPT. Otro resultado de dicho estudio es que casi la mitad de la muestra reconoció cambios en la relación con sus parejas, aunque estos cambios no fueron más negativos que positivos. Al igual que los bomberos, las esposas también utilizaron estrategias de afrontamiento, refugiándose en familiares y amigos. Esto sugiere que los esfuerzos de apoyo a los bomberos deberían incluir una atención a sus redes interpersonales de apoyo, como familiares y amigos. Esto es especialmente importante dado la no frecuente utilización de servicios de salud mental ni por los bomberos ni por sus cónyuges.

El segundo estudio fue realizado por Menendez, Molloy y Corrigan (2006) con las esposas de los bomberos afectados por los atentados del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York. Este segundo estudio confirmó la carga emocional que sufrieron esas esposas,

ya que, después de los ataques, presentaban síntomas de insomnio y de ansiedad. Estas mujeres también informaron de las conductas de conexión con otros cónyuges como estrategia de afrontamiento para hacer frente a la parte emocional del impacto. Las autoras mencionan que sus resultados están de acuerdo con la investigación previa, que sugiere que las mujeres pueden sufrir más los efectos adversos de la exposición traumática y que tenían probabilidades de responder a los efectos del 9/11 tomando medidas para protegerse a sí mismas y a otras personas importantes (Thomas, 2003), preocupándose por la salud física de su esposo y por los efectos de la exposición a riesgos ambientales. El estrés de tratar de mantener las rutinas del día a día fue una pesada carga para los cónyuges de estos bomberos, que reportaron un aumento de la ansiedad en el aniversario de 09/11, y esto también es consistente con la investigación publicada. Por ejemplo, mencionan las autoras, la obra de Silver (2004) y de Steury et al. (2004). A pesar de esto, y en consonancia con la literatura (por ejemplo, citan las autoras a Stein et al., 2004), la mayoría de las mujeres no recibieron apoyo psicológico posteriormente al 11 de septiembre, aunque muchas creían que sus maridos tenían necesidad de asesoramiento. Éste último hallazgo, igual que en el estudio anterior, confirma la necesidad de asistir a las parejas de los trabajadores de rescate, ya que son su principal fuerza de apoyo. Tres años después de los ataques, algunas mujeres creían que las cosas eran mejores, si bien es cierto que las entrevistas de este estudio revelaron que la normalidad no volvió a algunas familias.

En resumen, estos estudios tienen una serie de valiosas implicaciones clínicas para hacer frente a los ataques terroristas, pues señalan la importancia que debe atribuirse al crecimiento de la investigación sobre las relaciones conyugales conjuntas cuando se trata de ayudar a los sobrevivientes del terror y sus cónyuges frente a los síntomas del trauma (Monson et al., 2009).

#### **4.4.2 La complejidad y reciprocidad en la asociación entre el TEPT y los problemas de relación de pareja**

La asociación entre el TEPT y los problemas de relación de pareja es compleja y recíproca (Monson et al., 2009). Los síntomas del TEPT contribuyen a los problemas en la relación que, a su vez, exacerba y refuerza la sintomatología del TEPT. Por ejemplo, un ambiente interpersonal con poco apoyo del otro miembro de la pareja no traumatizado directamente o estresante también puede impedir la recuperación del TEPT reforzando la percepción del individuo traumatizado que él o ella está en peligro crónico (Monson, Fredman y Dekel, 2010). Estos autores hablan de que los modelos de interacción entre los miembros de la pareja en relaciones íntimas (por ejemplo, la falta de intercambio emocional, las explosiones de enfado, las conductas complacientes de acomodación al TEPT por parte del otro miembro de la pareja) pueden servir para mantener o exacerbar los síntomas del TEPT. En este sentido, se puede reforzar: (a) la evitación conductual y experimental de los veteranos (por ejemplo, disminuyendo las actividades con la pareja, no compartiendo pensamientos o sentimientos con la pareja); (b) las dificultades en la resolución de conflictos y los déficits de comunicación de los veteranos; (c) los procesos cognitivos relacionados con el trauma en ellos (por ejemplo, "No puedo confiar en los demás", "No tengo autocontrol", "Mi pareja me está dañando", "No podemos mejorar"). La pareja del veterano también pueden interferir, sin saberlo, con la recuperación del TEPT mediante la alteración de sus propios comportamientos en respuesta a los síntomas de TEPT en un intento de minimizar el conflicto relacionado con los síntomas de TEPT o la angustia del paciente (por ejemplo, no expresando sus propios pensamientos y sentimientos por temor a que el veterano se ponga ansioso o se enfade, o la esposa del veterano se hace cargo de las tareas o tareas que sirven como un disparador relacionados con el TEPT). También las parejas pueden contribuir también a la evitación absteniéndose de comprometerse en actividades que pueden causar angustia en el paciente, tales como ir a eventos sociales, y por tanto reduciendo su compromiso en experiencias divertidas o agradables. Las parejas pueden

también abstenerse de expresar sus pensamientos o emociones por miedo a que irriten o molesten al paciente (Fredman, Vorstenbosch, Wagner, MacDonald y Monson, 2014).

Estos autores han mostrado que la acomodación del otro miembro de la pareja al TEPT está negativamente asociada con el apoyo social percibido de los pacientes, sugiriendo que a pesar de las buenas intenciones de la pareja del paciente, estos comportamientos pueden estar asociados a mayor sufrimiento en pacientes (Fredman et al., 2014), que pueden percibir estas conductas como de “control” en lugar de apoyo. Estos autores han denominado a este proceso "acomodación del otro miembro de la pareja para los síntomas de TEPT". En particular, los comportamientos que ayudan a mantener los síntomas de TEPT pueden ocurrir tanto en parejas satisfechas como con dificultades (por ejemplo, la mujer, ya sea feliz o con resentimiento, puede hacer todas las compras porque su marido se pone nervioso en las multitudes). Los procesos que subyacen a la asociación, probablemente incluyen conductas de evitación y déficits de la comunicación. Estos comportamientos afectan negativamente a los síntomas del TEPT y a la respuesta del tratamiento de estas personas.

Monson y Fredman (2015) plantean que la acomodación de la pareja puede afectar negativamente la satisfacción de la relación íntima por medio de la disminución del compromiso en el compartir actividades gratificantes, la disminución de la expresividad emocional; y la auto-revelación limitada, incluyendo la perspectiva relacionada con el trauma. Por lo tanto, las conductas de “acomodación” tienen implicaciones negativas para el paciente, la pareja, y el bienestar de la relación.

En el estudio de Fredman et al. (2014) la acomodación de la pareja estaba negativamente asociada con la satisfacción en la relación, la percepción de los pacientes de apoyo social de los miembros de la familia, y la percepción de las parejas del apoyo social por parte de los pacientes.

Por otra parte, como ya se ha referido, Johnson y Williams-Keeler (1998) señalan que las parejas en conflicto, donde uno de sus miembros ha sido traumatizado, quedan estrechamente

estancados en patrones de relación disfuncionales, tales como perseguir/retirar y ataque/defensa, que hacen el compromiso emocional positivo casi imposible.

#### **4.4.3 Moderadores de las asociaciones entre los síntomas del TEPT y la calidad de relación de pareja**

Los resultados de los estudios sugieren que los efectos nocivos de los cónyuges de las personas que tienen TEPT, con respecto a la calidad de la relación de pareja y/o sobre la angustia psicológica del otro miembro de la pareja no traumatizado directamente, pueden ser mitigados por otros factores individuales y diádicos (Lambert et al., 2012; Lambert, Hasbun, Engh y Holzer, 2015). En este sentido, es importante la identificación de factores de protección cuando uno de los cónyuges tiene síntomas particularmente elevados, para informar de los esfuerzos de prevención y tratamiento.

Las variables moderadoras de estas asociaciones descritas en la literatura revisada son:

- 1.) ***Las percepciones sobre el grado del trauma*** al que están expuestos los sobrevivientes (Las mujeres que sus maridos eran veteranos de guerra con más síntomas de TEPT graves pero creían que no habían tenido mucha experiencia de combate tendían a referir relativamente menos calidad de la relación y una mayor angustia (Renshaw, Rodrigues y Jones, 2008; Renshaw y Campbell, 2011).
- 2.) ***El nivel de resiliencia de los cónyuges de los veteranos*** se asoció con niveles más altos satisfacción con la relación, incluso cuando sus maridos veteranos tuvieron niveles elevados de TEPT (Melvin Gross et al., 2012, citado en Lambert et al., 2015).
- 3.) ***La comunicación abierta acerca de los síntomas en la pareja*** y el compromiso en la cooperación y el apoyo mutuo de las relaciones, llevaron a que la pareja de los veteranos de guerra no experimentasen dificultades a pesar del diagnóstico de trastornos por estrés postraumático del veterano (Gerlock, Grimesey y Sayre, 2014).

- 4.) ***El género del sobreviviente sobre el efecto combinado de TEPT*** en la percepción que tienen las parejas de calidad de la relación, tuvo un efecto más fuerte para las parejas femeninas de varones sobrevivientes de trauma que para las parejas masculinas de mujeres sobrevivientes de trauma (Lambert et al., 2012).
- 5.) ***El tipo de trauma experimentado***, se encontró que el estado militar era un moderador de la asociación entre el TEPT y la calidad percibida de la relación por las parejas, así como la asociación entre TEPT y otros trastornos psicológicos asociados (Lambert et al., 2012).
- 6.) ***La cronicidad de los síntomas del superviviente*** se encontró asociación entre el TEPT y la angustia psicológica de la pareja, pero no la calidad de la relación. Esta asociación era más fuerte entre las muestras donde el evento traumático se experimentó en el pasado más lejano, es decir, más de cinco años atrás (Lambert et al., 2012).
- 7.) ***El nivel de eficacia del intercambio emocional de experiencias*** difíciles o traumáticas entre los miembros de la pareja puede estar relacionado con factores tales como la naturaleza de la expresividad, su tiempo, y la reacción del oyente a ella (Solomon, Debby-Aharon, Zerach y Horesh, 2011). Según el estudio de Nelson Goff et al. (2015), una mayor divulgación entre los cónyuges de las experiencias traumáticas tiene más efectos positivos en los miembros del servicio y sus cónyuges, mientras que menor divulgación parece resultar en problemas de comunicación y otros problemas interpersonales, informados particularmente por los soldados. Sin embargo, plantean los autores, se necesita más investigación para identificar cómo y cuándo revelar a los cónyuges es beneficioso y cuando puede estar contraindicado.
- 8.) ***El afrontamiento de apoyo diádico***, demostrándose que la satisfacción con la relación estaba correlacionada negativamente con los síntomas de TEPT sólo cuando el afrontamiento diádico era bajo, o sea, cuando los cónyuges tienen a sus maridos veteranos como apoyo y fuente de colaboración en la gestión de las dificultades de la

vida, el estrés fue menos pronunciado o más manejable y menos impactante en la calidad marital (Lambert et al., 2015).

- 9.) ***El papel del perdón***, apreciándose que el perdón media la relación entre TEPT y el ajuste marital. Los niveles más altos de síntomas postraumáticos se asocian con un menor nivel de perdón, que a su vez se asocia con menos ajuste marital. Es decir, el TEPT parece dañar la habilidad de perdonar (Solomon, Dekel y Zerach, 2009).
- 10.) ***La ambigüedad alrededor de los límites en la pareja*** actúa como un mediador entre el TEPT de los veteranos y el ajuste de la pareja (Dekel, Levinstein, Siegel, Fridkin y Svetlitzky, 2016). Estos autores citan las investigaciones donde el TEPT de los veteranos ya ha sido conceptualizado como un caso de pérdida ambigua, en la que el marido está físicamente presente pero psicológicamente ausente (Dekel, Solomon y Bleich, 2005; Faber, Willerton, Clymer, MacDermid y Weiss, 2008; Huebner, Mancini, Wilcox, Grass, y Grass, 2007). La mujer siente que su vida gira en torno a la enfermedad de su marido, y se ve inmersa en el conflicto entre la fusión con su marido y la atención de sus propias necesidades. La ambigüedad alrededor de los límites en la familia es evidente (Dekel, Goldblatt, Keider, Salomón y Polliack, 2005, citado en Dekel et al., 2016).
- 11.) ***La percepción de seguridad en la relación de pareja*** media la relación entre los síntomas de TEPT y el ajuste diádico, tanto en muestras clínicas como en muestras de la comunidad (Brown et al., 2012). Los autores explican el hecho de que puede ser que las amenazas a la seguridad emocional y/o física (recordemos que el TEPT está asociado a altos niveles de agresión psicológica y física) planteen una doble amenaza para el ajuste diádico, con aumentos de las interacciones negativas en la pareja y las disminuciones de las interacciones positivas). El género tuvo un efecto moderador sobre las relaciones en el modelo, siendo mayor para las mujeres la asociación entre los síntomas de TEPT y la percepción de seguridad, y siendo mayor para los varones la asociación entre la percepción de seguridad y el ajuste diádico.



#### 4.4.4 Mecanismos para describir el impacto del trauma en la relación de pareja

El modelo de estrés postraumático en las parejas (CATS) presentado por Goff y Smith (2005) pretendió dar respuesta a la necesidad de una descripción clara y consistente de los efectos sistémicos o interpersonales del estrés postraumático y, en particular, de una descripción teórica de los mecanismos sistémicos específicos para trauma. La adaptación del modelo de Pareja del Estrés Traumático incluye los efectos de trauma primario y secundario en los individuos, así como los efectos interpersonales dentro del sistema de pareja. El modelo asume que el nivel de supervivencia primario de funcionamiento, o los síntomas del trauma, pondrán en marcha una respuesta sistémica con el potencial de dar lugar a la aparición de síntomas de estrés traumático secundario en la pareja. Debido a que el modelo es circular, los síntomas de trauma secundario en la pareja pueden intensificar los síntomas de trauma primario en el cónyuge. Sin embargo, el modelo CATS propone que la adaptación al estrés traumático en la pareja depende de la interacción sistémica de los tres conceptos principales: el “*nivel individual de funcionamiento*”, “*factores y recursos*”, y “*funcionamiento de la pareja*”. En el modelo CATS, el componente “*funcionamiento de la pareja*” incluye las cuestiones relacionadas con el apego, una menor cohesión y satisfacción en la relación, la interrupción de los roles, los problemas en la crianza de los hijos, el ajuste de la familia más pobre, las dificultades con la intimidad, mayor conflictividad, la ira y la violencia, que son indicadas como componentes mutuamente influyentes en el subsistema de pareja.

El modelo no asume que el único resultado de un trauma serán los síntomas individuales de TEPT, trauma secundario, o la disfunción en la relación, que se representan en el modelo como síntomas individuales “agudo” y “crónico” en ambos miembros de la pareja. En el modelo CATS se reconoce que un posible resultado de un trauma es la adaptación positiva, de apoyo, y el crecimiento. Muchas personas que experimentan eventos traumáticos no desarrollan TEPT (Van der Kolk y McFarlane, 1996, citado en Goff y Smith, 2005). Del mismo modo, la

relación de pareja puede servir como un recurso para la curación para el sobreviviente de trauma principal.

Sin embargo, cuando hay problemas relacionados con experiencias traumáticas anteriores, el modelo sugiere que pueden resultar síntomas de estrés traumático individuales, secundarios y sistémicos.

Con base en la literatura, hay varios estudios empíricos que apoyaron el modelo CATS en el momento de su elaboración, y estudios posteriores que hemos mencionado en la presente investigación han confirmado el mismo en varias áreas específicas. Además, plantean los autores que aunque los síntomas individuales e interpersonales específicos pueden ser únicos para los distintos tipos de experiencias traumáticas, el modelo propuesto se puede aplicar igualmente a varios eventos traumáticos.

Goff y Smith (2005), dentro del modelo, mencionan los posibles mecanismos para la transmisión de los traumas entre los cónyuges dentro de la relación de pareja: el estrés crónico, el tipo de apego, la identificación y la empatía, la identificación proyectiva, y el conflicto y las respuestas fisiológicas.

Sin embargo, dejan claro que la investigación en el momento en que se desarrolló este modelo no era compatible con el predominio de una teoría de la transmisión sobre otro. Según explican los autores, para los sobrevivientes de traumas individuales con TEPT u otros síntomas de trauma, sus relaciones también giran en torno al trauma y los efectos del trauma, ya sea de forma abierta o encubierta. Cuando estas dinámicas son encubiertas, crea el ciclo de los síntomas individuales y patrones de relación en los que las parejas de trauma se pueden quedar atrapadas. Estos patrones pueden incluir problemas en las áreas específicas del funcionamiento de pareja identificadas en el modelo CATS. Sin embargo, Goff y Smith (2005), los autores del modelo, indican que:

Estas áreas requieren mayor evidencia clínica y empírica para desarrollar una imagen clara de los efectos relacionales específicos de trauma. El modelo y los mecanismos proveen una dirección para futuras investigaciones y para plantear preguntas adicionales que requieren un estudio empírico sistemático para comprender mejor las dinámicas interpersonales que se producen en las relaciones de las parejas con antecedentes de trauma. (Goff y Smith, 2005, p. 154)

Existe un estudio posterior realizado por Henry et al. (2011), que respalda aún más este modelo, al identificar los mecanismos que pueden afectar el funcionamiento interpersonal de la pareja cuando hay una historia de trauma, con exposición en uno o ambos cónyuges. Cinco mecanismos comunes fueron identificados para describir el impacto del trauma en la relación de pareja: (1) papel en la relación (el lugar o la posición de la persona tiene en la relación, un mecanismo común que, a menudo, se describe en relación con los límites dentro de la relación de la pareja; (2) problemas de límites (incluyeron patrones de persecución- evitación, la necesidad de un mayor control, el poner a prueba la relación, y las conductas de evitación); (3) problemas de intimidad (incluyen problemas de intimidad sexuales y emocionales relacionados con experiencias de traumas pasados); (4) los disparadores (los participantes describieron los eventos que les recuerdan un trauma pasado y los comportamientos o síntomas relacionados con el trauma), y (5) los mecanismos de supervivencia (mecanismos de adaptación que se utilizan para hacer frente a los efectos del trauma en su relación de pareja, como la espiritualidad ejemplificada en la relación con Dios y el uso de oraciones, y verbales, el uso de estrategia de comunicación para responder a los factores desencadenantes relacionados con el trauma).

La asociación entre este tipo de mecanismos comunes se vio en el hecho de que cuando un participante describió una categoría, varios de los otros mecanismos también fueron

descritos. La conexión entre estas categorías temáticas apoya la idea de que el funcionamiento relacional de los participantes se vio afectado por los mecanismos clave identificados en esta investigación. Además, estos temas pueden estar conectados, ya que fueron identificados en un contexto relacional (es decir, las relaciones de pareja) frente a un contexto individual (es decir, sin relación). Los autores refieren que algunos de los temas identificados en este estudio se han descrito en otras investigaciones sobre el trauma en parejas (Johnson, 2002; Nelson, 1999; Nelson y Wampler, 2000; Nelson et al., 2002; Reid et al., 1996; Riggs et al., 1998; Salomón, Waysman, Belkin et al., 1992; Whiffen y Oliver, 2004; Wiersma, 2003; citados en Henry et al., 2011). Sin embargo, los resultados de este estudio no apoyan la hipótesis de que las relaciones de los sobrevivientes de trauma son problemáticas en todos los casos. Como ya hemos mencionado, existen moderadores del impacto del TEPT en la calidad de la relación de pareja.

#### **4.4.5 La resiliencia de la pareja en contextos de guerra y terrorismo**

Como ya hemos dicho hay un conocimiento muy limitado centrado en las parejas no combatientes expuestos a la guerra. Los pocos estudios que se realizaron en el Líbano e Israel descubrieron que las relaciones de pareja pueden ser una fuente de bienestar y la reducción del estrés (Shamai y Lev, 1999; Shamai, Kimhi y Enós, 2007; Farhood, 2004; citados en Shamai, Fogel y Gilad, 2016). Sin embargo, ninguno de estos estudios se centró en la calidad de las relaciones de pareja en la sombra de la guerra o en la forma en que se percibe y se experimenta por ambos miembros de la pareja. Por otra parte, la mayoría de los estudios no especificaron los recursos de las parejas que les permitan desarrollar resiliencia en una situación de guerra en curso.

Shamai et al. (2016) citan el hecho de que la mayoría de los estudios sobre la resiliencia se centraron en la resiliencia individual, por ejemplo, Bonanno, Romero y Klein (2015). La literatura sobre la resiliencia de la pareja es muy limitada y la mayoría de los estudios existentes

se refieren a la capacidad de recuperación de toda la familia y no específicamente para el sistema de pareja.

Existe un estudio realizado por Shamai et al. (2016) que intentó llenar el vacío en la literatura mediante la exploración de cómo el sistema de pareja se ve afectado en la situación de la exposición conjunta a la guerra. Los resultados del estudio demuestran que el estrés podría tener un impacto variable en las relaciones de pareja. Los autores señalaron que es más preciso organizar la descripción de las relaciones de la pareja a lo largo de un continuo, oscilando entre parejas cuyas relaciones fueron y no fueron afectadas por la situación de seguridad. El lugar de cada pareja en este continuo no era fijo o estable y ellas se movieron a lo largo del continuo de un extremo, hacia el centro, y vuelta a empezar. Hubo incluso varias parejas cuyas relaciones se vieron afectadas, pero siguiendo el asesoramiento matrimonial o el reconocimiento de la importancia de la familia en esta situación peligrosa, se movieron de un extremo del continuo al otro.

Surgieron cuatro temas importantes: (1) la percepción global del impacto de la situación de la seguridad en las relaciones diádicas; (2) la intimidad diádica; (3) la división de roles y la toma de decisiones; (4) la lucha emocional de las parejas: la colaboración frente a la separación.

Shamai et al. (2016) encontraron que las parejas resilientes se caracterizan por su capacidad para mantener la intimidad diádica o por crear diferentes tipos de intimidad diádica que se ajustaban con las exigencias de la situación de seguridad. Varios factores contribuyeron a esto: la flexibilidad y la igualdad en la división de roles y los procesos de toma de decisiones, y la asociación en los procesos de afrontamiento emocional. En contraste, las parejas impactadas de modo negativo por la guerra se caracterizan por la alteración de la intimidad diádica, una tendencia a tener una división de roles rígida y desigual, la falta de consenso en la toma de decisiones y el no compartir las emociones vinculadas a la situación.

Los autores compararon estos resultados con un estudio cuantitativo paralelo (Shamai, Enós, Machmali-Kievitz y Tapiro, 2015, citado en Shamai et al., 2016). La división de roles y la toma de decisiones no fueron las zonas que se encontraron más afectadas por la situación de seguridad, mientras que en el estudio de Shamai et al. (2016) quedó claro que el proceso de toma de decisiones y la división de roles resultaba altamente determinante de las relaciones de pareja en la situación de seguridad peligrosa. En ambos estudios, sin embargo, los participantes informaron que la capacidad de intercambio mutuo y la confianza era un amortiguador importante contra el posible impacto negativo de la situación de seguridad. Los hallazgos del estudio de Shamai et al., proporcionaron información adicional sobre el significado de compartir las experiencias y de la confianza. Los miembros de la pareja podrían compartir sus sentimientos sólo si se sentían seguros de que eran similares a su pareja o de que el otro miembro de la pareja sería capaz de contenerlos sin aumentar su nivel de ansiedad.

Shamai et al. (2016) realizaron un intento de integrar el modelo propuesto y las teorías existentes sobre las relaciones de pareja y las familias bajo estrés. En otras palabras, parejas resilientes se definirán por los investigadores que se centran en la resiliencia como parejas elásticas, ya que la situación estresante no daña sus relaciones; citando los autores estas investigaciones (Bonanno, 2005; Masten y Coatsworth, 1998; Walsh, 1998).

Shamai et al. (2016) señalan las implicaciones del estudio para la práctica clínica. En primer lugar, destacan que se trata de un estudio pionero que exploró cómo la experiencia conjunta de la vida en la línea de fuego impactó las relaciones de pareja. Por lo tanto, se puede utilizar como un ancla para más estudios sobre el tema. En segundo lugar, varias parejas mencionaron la terapia de pareja como eficaz para hacer frente al estrés continuo. Por lo tanto, los autores recomiendan proporcionar terapia de pareja para las personas que viven bajo una amenaza a la seguridad en curso. Señalan que el tratamiento debe incluir información sobre los posibles tipos efectivos de afrontamiento en situaciones de exposición conjunta a la guerra, sobre la base de los resultados de este estudio y otros estudios que describen el impacto de la

guerra sobre las relaciones de pareja (por ejemplo, Shamaï et al., 2015, citado en Shamaï et al., 2016; Goff y Smith, 2005). Recomiendan que el proceso terapéutico tenga que centrarse en la unificación, creando la cercanía, en busca de similitudes entre los miembros de la pareja al tiempo que subrayan la necesidad de flexibilidad. Además, puede ser útil ofrecer toda la información a la población con relación al impacto de la exposición a la guerra y formas para crear afrontamiento eficaz para parejas. Shamaï et al. (2016) explican que:

Esto se puede hacer a través de una intervención psicoeducativa a corto plazo, en el que el terapeuta se centrará en los siguientes aspectos: (a) la tranquilidad y la "normalización" de las diversas formas de preservar la intimidad diádica y la asociación; (b) proporcionar información sobre la importancia de la flexibilidad en la división de papel y la toma de decisiones; y (c) en busca de maneras de hacer frente y adaptarse de acuerdo con las características de la pareja específica, en lugar de basar la intervención únicamente en los resultados de investigaciones, que podrían no ser apropiados para todos. (Shamaï et al., 2016, p. 13)

En este sentido, recomiendan que estos conocimientos puedan ser utilizados por los terapeutas de familia que trabajan con estas poblaciones en diversas situaciones en todo el mundo en la planificación e implementación de las intervenciones terapéuticas.

## 4.5 Conclusiones

En este capítulo hemos examinado las asociaciones que existen entre la depresión, los trastornos de ansiedad, el duelo complicado y el TEPT, por una parte, y los problemas de relación de pareja, por la otra. Nos hemos centrado en estas consecuencias psicopatológicas porque son las más comunes en víctimas de terrorismo. Sin embargo, uno de los problemas con el que nos hemos encontrado a la hora de realizar el presente estudio es la escasez de

investigaciones específicas que aborden estas asociaciones en las relaciones de pareja donde uno o ambos miembros han resultado víctimas de ataques terroristas, existiendo una clara laguna en la investigación. De ahí que hayamos tenido que acudir, mayoritariamente, a investigaciones similares con otras poblaciones, a pesar de que el terrorismo es un fenómeno que afecta a millones de personas en todo el mundo y que puede provocar graves consecuencias en la salud y el bienestar de aquellos que lo han sufrido y de sus familiares y allegados, como se ha señalado en el capítulo 1 de la presente investigación.

A continuación explicamos las principales conclusiones que se derivan de la literatura revisada para la depresión y los trastornos de ansiedad:

- 1.) Con relación a la depresión, el vínculo entre la depresión y la calidad de la relación se ha establecido por más de tres décadas en la investigación (véase Rehman et al., 2008). La relación problemática de pareja también covaría no sólo con síntomas depresivos, sino también con trastornos depresivos (Whisman, 2001a, 2007). Por otra parte, Foran et al. (2015) citan los estudios que asocian los problemas de relación conyugales con los trastornos de ansiedad (Whisman, 1999, 2007; McLeod, 1994; Overbeek et al., 2006; Breitholtz et al., 1999; Craske et al., 1989; Roemer et al., 1997; Durham et al., 1997; Yonkers et al., 2000; Zinbarg et al., 2007).
- 2.) Como hemos señalado, la depresión y el grado de satisfacción en la relación, cuenta con el apoyo de una amplia evidencia empírica, que relaciona estas variables tanto transversal, como longitudinalmente (Whisman, 2001a, Beach et al., 2003). También existe apoyo para las asociaciones negativas entre la ansiedad y el grado de satisfacción en la relación. Es importante tener en cuenta las asociaciones diádicas (Whisman, et al., 2004).
- 3.) Existen varios estudios que asocian la depresión con numerosas variables del funcionamiento de la pareja. Sharabi et al. (2015) citan las investigaciones que asocian la depresión con el déficit de habilidades sociales, la disminución en el interés sexual, las



preguntas acerca de la relación de pareja, una reducción de la expresividad emocional, la discordia, y el divorcio. La literatura apunta a las emociones, la intimidad sexual y la comunicación como cuestiones más destacadas para las parejas que se enfrentan a la depresión.

- 4.) La negatividad del comportamiento (por ejemplo, la crítica abierta, la comunicación hostil y defensiva) pueden ser los patrones de comunicación que prevalecen en las relaciones marcadas por la depresión (Bodenmann y Randall, 2013; Knobloch-Fedders et al., 2013).
- 5.) Las personas deprimidas tienden a retirarse de sus sistemas de apoyo cuando piensan los demás no los entienden (Kuwabara et al., 2007; Sandberg et al., 2002).
- 6.) La depresión y los trastornos de ansiedad están profundamente entrelazados con el funcionamiento diádico, de forma bidireccional, y se refuerzan a través de los comportamientos que los cónyuges realizan (Hames et al., 2013; Leff et al., 2000; Whisman y Beach, 2012; citados en Sharabi et al., 2015).
- 7.) Existen moderadores de la asociación entre los problemas de pareja y los síntomas depresivos y de ansiedad. Whisman (2013) cita estos moderadores y las investigaciones que los señalan.
- 8.) En el estudio de Sharabi et al. (2015) la mayoría de los participantes describieron efectos negativos de la depresión, pero también se encontró que la depresión puede ayudar a fortalecer los lazos y fomentar la cercanía entre los miembros de la pareja. Estos resultados sugieren que las discrepancias en cómo las personas experimentan la depresión pueden estar basados, al menos en parte, en su papel de (a) un miembro de la pareja con depresión frente al otro miembro no deprimido y/o, (b) un miembro de una díada con sólo una persona deprimida frente a una díada con ambos miembros deprimidos.
- 9.) En la literatura revisada hemos encontrado varias teorías que explican la depresión dentro de los contextos relacionales: (a) la teoría del déficit de habilidades sociales (Segrin,

2000); (b) el modelo de la discordia marital de la depresión (Beach y O’Leary, 1993); (c) una conceptualización sistémica de la depresión según Jones y Asen (2000); (d) la teoría interpersonal, basada en las contribuciones de Sullivan (1953, 1954) y de Leary et al. (1957; Freedman et al., 1951), y la teoría de la interacción de la depresión (Coyne, 1976; todos citados en Sharabi et al., 2015). Todas ellas postulan que los individuos deprimidos y sus parejas participan en secuencias repetitivas de interacción interpersonal marcadas por la hostilidad, el control, y la distancia.

- 10.) En consecuencia, los problemas de relación de pareja se consideran como un importante predecesor del mantenimiento de la depresión tras el tratamiento, y la terapia de pareja es cada vez más reconocida como un tratamiento efectivo para la depresión (Barbato y D’Avanzo, 2008). Sobre este punto volveremos más adelante, en el próximo capítulo.

Por otra parte, con relación al TEPT, los resultados de la literatura científica revisada nos han mostrado que muchos de los síntomas del TEPT deterioran las relaciones de pareja de los sobrevivientes de traumas (Galovski y Lyons, 2004; Monson et al. 2009). Un problema encontrado en estas revisiones es el hecho de que la mayor parte de lo que se conoce sobre la asociación entre este trastorno y el ajuste de pareja se deriva de la investigación sobre los veteranos de guerra o en parejas en situaciones en las que el despliegue de los hombres era obligatorio. La mayor parte de la literatura existente implica muestras de hombres veteranos de guerra y sus cónyuges y son relativamente menores los estudios que incluyen a mujeres sobrevivientes de un trauma en estado militar o civil (Lambert et al., 2012).

A continuación explicamos las principales conclusiones que se derivan de la literatura revisada para las asociaciones entre el TEPT y/o sus síntomas y su impacto en la calidad de la relación de pareja:

- 1.) La investigación sugiere que cuando un miembro de la pareja tiene síntomas elevados de TEPT, el cónyuge tiende a informar de insatisfacción en la relación (Goff et al., 2007;

Renshaw et al., 2010; Allen et al., 2010); siendo los síntomas de embotamiento emocional los que están más asociados con la insatisfacción en la relación, al interferir en la intimidad (Zeraj et al., 2010; Riggs et al., 1998; Nunnink et al., 2010; citados en LaMotte et al., 2015).

- 2.) Los síntomas de reexperimentación, posiblemente, pueden llevar a las parejas a que duerman por separado, lo que podría afectar a la intimidad (Allen et al., 2010). Los síntomas de evitación implican menos interés, desapego emocional, restricción afectiva, y un sentido de futuro limitado (Dekel y Monson, 2010) y, a menudo, conducen al aislamiento, el retraimiento emocional, a problemas de intimidad y, a veces, abuso conyugal (Allen et al., 2010; Monson et al., 2009).
- 3.) Los síntomas de hipervigilancia (especialmente la agresión física o psicológica) reducen el sentimiento de seguridad en la pareja (Dekel y Monson, 2010). En este sentido, los síntomas de TEPT se asocian, con una mayor victimización en cuanto a agresión física y psicológica, un ajuste de relación más pobre y una agresión física y psicológica superior (Taft et al., 2011). Es sabido de que la ira y hostilidad de uno de los miembros de la pareja es predictivo de la satisfacción del cónyuge en la pareja (Markman, 1991; Roberts, 2000; citados en Taft et al., 2011), siendo la magnitud de la asociación más fuerte en muestras militares.
- 4.) El TEPT también se asocia a las inseguridades en el apego, las que contribuyen a la insatisfacción en la relación del otro miembro de la pareja, siendo necesario adoptar una perspectiva diádica en los procesos relacionados con el apego (Mikulincer y Shaver, 2003). Ein-Dor et al. (2010) examinaron estas asociaciones a nivel diádico. Las asociaciones que se encontraron entre las inseguridades de apego y los miembros de la pareja con TEPT llaman la atención sobre la importancia de los procesos diádicos en el mantenimiento del trastorno.

- 5.) Los síntomas de TEPT en los veteranos correlacionan negativamente con la confianza en la relación, la vinculación positiva entre los cónyuges, la alianza parental, la dedicación a la relación de ambos esposos y con mayores niveles de comunicación negativa en ambos miembros de la pareja (Allen et al., 2010).
- 6.) El TEPT está asociado a niveles más altos de conflicto marital, tanto en muestras militares (por ejemplo, Meis et al., 2010; Goff et al., 2007), como civiles (Monson et al., 2009; Taft et al., 2009). Las parejas de relaciones conflictivas, donde uno de los miembros ha sido traumatizado, quedan estancadas en ciclos disfuncionales de interacción, tales como perseguir/retirar y ataque/defensa, que hacen el compromiso emocional positivo casi imposible (Johnson y Williams-Keeler, 1998).
- 7.) El TEPT puede llevar al aislamiento social de las parejas. Dirkzwager et al. (2005) descubrieron que las parejas de las fuerzas de paz con síntomas de TEPT informaron apoyo social más negativo que otras parejas de las fuerzas de paz sin síntomas de TEPT.
- 8.) Los síntomas de TEPT de los veteranos se asociaron con mayores deseos de cambio de las parejas de los veteranos en la intimidad y en los comportamientos de participación en actividades compartidas, lo que sugiere que estas son las áreas relevantes de la relación que funcionan para ser potenciadas en el tratamiento (LaMotte et al., 2015).
- 9.) Con relación a la asociación entre el TEPT y los problemas de relación de pareja, hay que decir que es compleja y recíproca (Monson et al., 2009; Monson y Fredman, 2015). Los síntomas del TEPT contribuyen a los problemas de relación que, a su vez, exacerban y refuerzan la sintomatología del TEPT. Monson et al. (2010) señalan que la falta de intercambio emocional, las explosiones de enfado, las conductas complacientes de acomodación al TEPT por parte del otro miembro de la pareja pueden servir para mantener o exacerbar los síntomas del TEPT. La pareja del veterano también puede interferir, sin saberlo, con la recuperación del TEPT mediante la alteración de sus propios comportamientos en respuesta a los síntomas de TEPT, y/o absteniéndose de expresar sus

pensamientos o emociones por miedo a que irriten o molesten al paciente (Fredman et al., 2014). Esa “complacencia/acomodación” del otro miembro de la pareja al TEPT está negativamente asociada con el apoyo social percibido de los pacientes, a mayor sufrimiento en pacientes y a mayor insatisfacción en la relación (Fredman et al., 2014), afectando negativamente a los síntomas del TEPT y a la respuesta del tratamiento de estas personas.

- 10.) El aprendizaje acerca de las experiencias traumáticas de la pareja podría resultar en que el cónyuge que no sufrió el trauma desarrolle sintomatología traumática y respuesta traumáticas similares a las exhibidas por su pareja, un procedimiento identificado en la literatura como el estrés traumático secundario (Figley y Kleber, 1995), que llevaría asociado síntomas de ansiedad, depresión, somatizaciones etc. Se puede entender el estrés como resultado de que la pareja que sobrevive al trauma no es capaz de funcionar conforme a los roles establecidos y el cónyuge aumenta sus responsabilidades, o debido a mayores tensiones en el hogar debido a una mayor irritabilidad (Dekel y Monson, 2010; Fredman et al., 2011). Si un cónyuge adquiere el rol de cuidador para compensar el problema de funcionamiento del sobreviviente, puede estar en riesgo de desarrollar la carga del cuidador.
- 11.) Existen variables individuales y diádicas que median la relación entre el TEPT y la calidad de la relación de pareja y/o sobre la salud mental del otro miembro de la pareja no traumatizado directamente (Lambert et al., 2012, 2015). No obstante, se hace necesario seguir investigando sobre los moderadores de las asociaciones entre los resultados de TEPT y sus parejas, identificando variables que distinguen a las parejas que están experimentando problemas de relación de aquellas que son capaces de hacer frente al TEPT. Estos resultados tendrían importantes implicaciones para el trabajo clínico con los pacientes que sufren TEPT y sus familiares.

- 12.) Los mecanismos sistémicos específicos para el trauma se han intentado explicar mediante el modelo de estrés postraumático en las parejas (CATS) presentado por Goff y Smith (2005) que pretendió dar respuesta a la necesidad de una descripción clara y consistente de los efectos sistémicos o interpersonales del estrés postraumático y, en particular, de una descripción teórica de los mecanismos sistémicos específicos para trauma. Con base en la literatura, hay varios estudios empíricos que apoyaron el modelo CATS en el momento de su elaboración, y estudios posteriores, que hemos mencionado en la presente investigación, han confirmado el mismo en varias áreas específicas; por ejemplo Henry et al. (2011).

Con relación a los estudios que examinan la asociación entre el TEPT en víctimas de un ataque terrorista y sus cónyuges (tanto en el impacto sobre la calidad de la relación de pareja como en la salud mental del otro miembro de la pareja) éstos son bastante más escasos. En la literatura revisada hemos encontrado algunas investigaciones importantes, donde se concluye que:

- 1.) Ser vulnerable a un ataque terrorista estuvo asociado a una disminución de la tasa de divorcios durante un año, en áreas geográficamente proximales, así como en las áreas distantes, pero próximas psicológicamente, según Nakonezny et al. (2004) y Cohan et al. (2009) que investigaron los efectos a corto plazo del terrorismo sobre las tasas de divorcio tras el atentado bomba de Oklahoma y tras el ataque terrorista del 11 de septiembre en Nueva York. Al parecer, el miedo a la muerte moviliza a las personas a alterar su camino y refrenar los trámites de divorcio, pues en situaciones de vulnerabilidad buscamos la cercanía y proximidad de nuestros seres queridos (Bowlby, 1973, citado en Cohan et al., 2009).
- 2.) Existe un alto uso de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción por las víctimas, lo cual correlaciona con mayores síntomas de TEPT; según el estudio de Gilbar

- et al. (2012), que examinó el impacto de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción en las víctimas de un ataque terrorista con TEPT y sus cónyuges. Se encontró que, además, el género de la víctima afecta al TEPT del cónyuge.
- 3.) En el tratamiento de la pareja se recomienda tener en cuenta la tendencia del superviviente a perdonar a los demás, el apoyo social y la autoestima del cónyuge, ya que tienen una asociación diádica tanto con los síntomas del TEPT del sobreviviente como del cónyuge (Por ejemplo, véase Weinberg, 2013, que examinó el apoyo social, la tendencia a perdonar, y la autoestima dentro de la asociación diádica bidireccional entre supervivientes de ataques terroristas y sus parejas en el contexto de los síntomas de TEPT de ambos grupos.).
  - 4.) Se ha encontrado que en las parejas de los bomberos que participaron en el rescate en la ciudad Oklahoma, tras el impacto de la bomba de 1995 (Pfefferbaum et al., 2002) tuvieron menores niveles de desordenes psiquiátricos, tras el desastre, que sus compañeros bomberos, aunque muchas mujeres experimentaron síntomas de TEPT. Otro resultado es que casi la mitad de la muestra reconoció cambios en la relación con sus parejas, aunque estos cambios no fueron más negativos que positivos. Al igual que los bomberos, las esposas también utilizaron estrategias de afrontamiento, refugiándose en familiares y amigos.
  - 5.) En consonancia con los resultados de la investigación anterior (Pfefferbaum et al., 2002), las esposas de los bomberos afectados por el terrorismo el 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York (Menéndez et al., 2006) informaron de insomnio y de ansiedad después de lo ataques, y de los patrones que empleaban de conexión con otros cónyuges como estrategias de enfrentamiento frente al evento traumático. El estrés de tratar de mantener las rutinas diarias fue una pesada carga para los cónyuges de estos bomberos, que reportaron un aumento de la ansiedad en el aniversario del 11 de septiembre y esto también es consistente, plantean las autoras del estudio, con la investigación publicada

(Silver et al., 2004; Steury et al., 2004; citados en Menéndez et al., 2006). Tres años después de los ataques, algunas mujeres creían que las cosas eran mejores, si bien es cierto que las entrevistas de este estudio revelaron que la normalidad no volvió a algunas familias. En ambos estudios, las mujeres eran reticentes a pedir ayuda terapéutica para ellas mismas, lo cual es importante considerar a la hora de diseñar tratamientos con las mujeres de los bomberos afectados por traumas.

Con respecto a las asociaciones entre el duelo complicado y la calidad de la relación de pareja, las investigaciones sobre el impacto del duelo traumático en el contexto del terrorismo se refieren más bien a las consecuencias psicopatológicas individuales, pero el impacto sistémico de estas pérdidas ha sido descuidado.

Sabemos que los eventos terroristas están dirigidos, de forma deliberada y premeditada, a infligir daño a poblaciones de civiles y muchas veces resultan en una pérdida considerable de vidas, afectando a grandes redes sociales que están relacionados con el fallecido (Neria et al., 2006; Pfefferbaum et al., 1999, citado en Neria et al., 2007). Estos últimos autores señalan las investigaciones que sugieren que, en general, la pérdida impredecible por la violencia masiva es una de las experiencias humanas más dañinas; citando, además, los numerosos estudios que destacan las consecuencias duraderas de la pérdida traumática en el contexto de ataques terroristas y de violencia de masas.

En este sentido, los duelos traumáticos pueden estar asociados a trastornos mentales (TDM, TEPT, trastornos de ansiedad), a las enfermedades físicas, así como a otras variables del funcionamiento intrapersonal como la autoestima. Toda esta sintomatología deja su huella no sólo en la calidad de vida de las personas, sino que puede afectar el área de sus relaciones interpersonales, más específicamente la calidad de sus relaciones de pareja, que es el tema que aquí nos ocupa.



En este capítulo hemos señalado los trabajos encontrados que relacionan: (a) el impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres; (b) el impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes y como estos hechos pueden afectar la calidad de sus relaciones de pareja en el futuro; (c) el impacto de la muerte de los padres sobre el bienestar subjetivo de jóvenes adultos y adultos en la madurez y como este tipo de experiencia impacta en la calidad de sus relaciones de pareja.

A continuación ofrecemos las principales conclusiones que se puede extraer de la literatura revisada:

**1.) *Con relación al impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres:***

- a) Puede causar el fortalecimiento o debilitamiento de la relación de pareja.
- b) Con respecto al fortalecimiento de la relación de pareja, por ejemplo, la muerte de un niño puede aumentar la intimidad entre los padres y fortalecer la relación como resultado de la interacción exitosa, un incremento de la comunicación y el apoyo social recibido (Aho et al., 2006; Alam, Barrera, D'Agostino, Nicholas y Schneiderman, 2012; Arnold y Gemma, 2008; Cacciatore et al., 2008; Gilmer et al., 2012; Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002; Tito y de Souza, 2011; Arnold y Gemma, 2008; Cacciatore et al., 2008; Toller y Braithwaite, 2009; citados en Salakari et al. 2014).
- c) Con respecto a los cambios negativos en la relación de una pareja después de la muerte de un niño, la muerte de un niño puede aumentar la tensión en la relación, y aparecer problemas de relación fruto del trauma (Alam et al., 2012; Arnold y Gemma, 2008; Bellali y Papadatou, 2006; Gilmer et al., 2012.; Glaser et al., 2007; Koskela, 2011; Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg y Hong, 2008; Tito y de Souza, 2011; Toller y Braithwaite, 2009; citados en Salakari et al. 2014). Los cambios negativos pueden hacer que los padres estén más distanciados (Bellali y Papadatou, 2006; Gilmer et al., 2012; Koskela, 2011; Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002; citados en Salakari et al. 2014)

siendo señaladas las razones más comunes de distanciamiento: las diferencias en la naturaleza de la pena y/o el hecho de que uno de los padres puede evadirse en el trabajo o culpar al otro padre (Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002). Además, el distanciamiento puede llevar a la infidelidad y al divorcio. En el estudio realizado por Salakari et al. (2014) los padres sintieron que las dificultades de la vida, la infelicidad, y la falta de sentido debilitaron su relación.

- d) Existen varias variables asociadas a los cambios negativos en la relación después de la muerte de un hijo: la salud mental de los padres; los problemas causados por el cambio en la identidad de los padres a raíz de la muerte de un hijo; el incremento en las dificultades en la comunicación; la disminución de la intimidad sexual; los comportamientos que dañan la relación (como, por ejemplo, el aumento de consumo de sustancias del hombre o el aumento de la violencia física); y la estabilidad de la relación y la infidelidad (Salakari et al., 2014). Por otra parte, Joronen et al. (2016) arrojaron nueva información sobre los factores relacionados con la satisfacción de los padres después de la pérdida de un hijo: la edad más joven de los padres, una mejor percepción de salud, que la causa de muerte sea fetal, la edad más joven del niño fallecido, aceptar la necesidad de que el matrimonio lleve a cabo terapia de pareja, y la relación de los padres de los encuestados en la infancia.
- e) La muerte de un niño provoca una crisis en la relación de pareja que puede aparecer, incluso, años después de la muerte del niño por lo que se necesita tiempo para pasar por esta crisis y se requiere que los padres hagan frente a las emociones difíciles y que puedan expresar su dolor de manera más abierta (Salakari et al., 2014). En este sentido, estos autores recomiendan la necesidad de ofrecerles apoyo en forma de debates y una oportunidad para la terapia de pareja después de la muerte de su hijo. Además, los hombres necesitan información sobre la importancia de apoyar a su pareja, así como

medios para identificar y expresar emociones negativas a fin de evitar conflictos en la relación.

**2.) *Con relación al impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes:***

- a) Según el modelo propuesto por Luecken y Roubinov (2012) hay que considerar la existencia de los factores de riesgo después de la muerte y los factores de protección y su impacto en el desarrollo de respuestas a los futuros factores estresantes como vías para la salud a largo plazo. Los autores señalan que los entornos de riesgo ponen en peligro la capacidad de los niños en duelo para regular de forma adaptativa las respuestas emocionales y conductuales a los estresores, lo que resulta en pobres resultados de salud a través del tiempo. En contraposición, los entornos de protección promueven la regulación emocional adaptativa, lo que lleva a reducir la carga emocional y fisiológica de estrés y mejores resultados de salud a través del tiempo. En este sentido, enumeran varios factores de riesgo y de protección y citan las investigaciones que apoyan sus conclusiones.
- b) Si tenemos en cuenta este modelo, suponemos que los niños y adolescentes que han vivido la pérdida temprana de sus padres (influidos por una mayor probabilidad de padecer: trastornos mentales, problemas en la regulación de las emociones, déficits de autoestima, pérdida de seguridad en el mundo y una mayor necesidad de control del ambiente que les rodea, apego inseguro, mayor sensibilidad ante las pérdidas interpersonales de la vida, mayor percepción de amenaza en eventos ambiguos o benignos) tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de relación de pareja que en su futuro formarán. Todas estas huellas que la pérdida temprana de sus padres les ha dejado, pueden transformarse en “vulnerabilidades” del adulto que llegará a ser y que dejarán su impronta en sus relaciones de pareja futuras. Para entender el modo en que estas vulnerabilidades pueden afectar la relación de pareja véase la obra de Dimidjian et al. (2008), a la que ya hemos hecho referencia en esta tesis doctoral. Por otra parte

Baucom et al. (2008, 2015) mencionan que la terapia de pareja cognitivo-conductual también ha incorporado las aportaciones que explican que las características que cada miembro aporta a la relación de pareja contribuyen al modo en que las parejas se comportan e interpretan eventos de forma desadaptativa.

**3.) *Con relación al impacto de la muerte de los padres en edad adulta, el duelo constituye también un desafío al que tendrán que hacer frente.***

Aunque la pérdida de un padre en la edad adulta típicamente es seguida por una adaptación gradual, el duelo se ha asociado a reducciones importantes y a largo plazo de la satisfacción con la vida en adultos, a problemas emocionales y trastornos psicológicos. A pesar de que la satisfacción con la vida es un importante resultado en sí misma, la investigación indica que también es predictiva de futuros problemas de salud mental, tendencias suicidas, problemas de salud física, y la mortalidad (Diener et al., 2013). Los resultados relativos a las diferencias de edad y sexo en el duelo por la muerte de los padres en adultos (Leopold y Lechner, 2015) permiten identificar individuos que están en un mayor riesgo de sufrir potencialmente consecuencias de largo alcance de la pérdida de los padres en cuanto a la disminución a largo plazo en la satisfacción con la vida y problemas de salud asociados. Estos resultados sugieren que, en particular, las hijas que experimentan una pérdida prematura de su madre necesitan de una mayor atención, seguramente debido a lo inusual de estos hechos y a la dificultad para poder sentirse entendidas y acogidas en el tejido social frente a las pérdidas de los padres a una mayor edad, lo cual se asume como parte de la vida.

Evidentemente, la satisfacción con la vida y sus problemas asociados se expresará en el modo en el que estos adultos, afligidos por el duelo, se relacionan con el mundo, incluyendo sus relaciones de pareja. Todos estos retos deberán ser asumidos por las parejas que estas personas han formado y de la que esperarán comprensión, acompañamiento y apoyo en estos momentos difíciles. El apoyo emocional percibido se ha encontrado como un factor importante

para proteger, tanto directa como indirectamente, la salud mental y física de los efectos de los eventos estresantes de la vida

Un último aspecto que se ha abordado en este capítulo tiene que ver con las características que favorecen la resiliencia de las parejas en contexto de guerra y terrorismo. Shamai et al. (2016) encontraron que las parejas resilientes se caracterizan por su capacidad para mantener la intimidad diádica o por crear diferentes tipos de intimidad diádica que se ajustaban con las exigencias de la situación de seguridad. Varios factores contribuyeron a esto: la flexibilidad y la igualdad en la división de roles y los procesos de toma de decisiones, y la asociación en los procesos de afrontamiento emocional. En contraste, plantean estos autores, las parejas impactadas de modo negativo por la guerra se caracterizan por la alteración de la intimidad diádica, una tendencia a tener una división de roles rígida y desigual, la falta de consenso en la toma de decisiones y el no compartir las emociones vinculadas a la situación. Estos resultados deben de tenerse en cuenta en el tratamiento de parejas en estos contextos, como áreas a reforzar en las parejas.

En resumen, debido a la escases de estudios encontrados con víctimas de ataques terroristas, queda claro la importancia que debe atribuirse al crecimiento de la investigación sobre las relaciones de pareja cuando se trata de ayudar a los sobrevivientes del terror y sus cónyuges frente a los síntomas del trauma, la depresión y el duelo. Los resultados de las investigaciones expuestos en este capítulo proporcionan evidencia bien documentada de las asociaciones entre la depresión, los trastornos de ansiedad, los síntomas del TEPT y/o el duelo complicado y los problemas de relación de pareja; si bien es cierto que existen variables moderadoras de estas asociaciones.

En consecuencia, la consideración de los problemas de relación de parejas es necesaria en el tratamiento de los individuos con TEPT, depresión, ansiedad y/o el duelo complicado porque estas asociaciones son bidireccionales: los trastornos mentales están impactando en la calidad de sus relaciones de pareja y, al mismo tiempo, los problemas de relación de pareja pueden

reforzar esta sintomatología. De ahí que Lambert et al. (2012) recomienden la terapia de pareja como un complemento útil en el trabajo con los supervivientes de traumas diversos, complemento importante a otras formas de tratamiento que se dirigen más directamente a aliviar los síntomas postraumáticos.

En el próximo capítulo nos centraremos en aquellos enfoques en terapia de pareja, basados en la evidencia, que abordan los problemas de relación de pareja en que uno o ambos miembros presentan depresión, trastornos de ansiedad, y estrés postraumático, por ser los trastornos mentales más comunes en víctimas de terrorismo.



## **Capítulo 5.**

# **Tratamiento de los problemas de pareja asociados a los trastornos psicológicos derivados de sucesos traumáticos**





## **5 Tratamiento de los problemas de pareja asociados a los trastornos psicológicos derivados de sucesos traumáticos**

### **5.1 Introducción**

La investigación ha documentado la eficacia de las intervenciones basadas en la pareja para una amplia gama de trastornos emocionales y de conducta. Como ha quedado claro en apartados anteriores, la asociación entre de los problemas de relación de las parejas y los trastornos emocionales o de comportamiento individuales han sido bien establecidos en la literatura de investigación. Los nuevos tratamientos de pareja, basados sobre la base de estos hallazgos, han surgido para el tratamiento de las parejas con dificultades en los que para uno o ambos cónyuges, coexisten problemas de salud emocionales, conductuales o físicos (Snyder y Whisman, 2003).

La coexistencia de los problemas emocionales y los problemas de relación de pareja ha dado lugar a tres estrategias de tratamiento basadas en la pareja para hacer frente a estas dificultades comórbidas (Baucom et al., 1998). El primero utiliza la terapia de pareja, en general, basada en la premisa de que el conflicto de pareja sirve como un amplio factor de estrés que contribuye al desarrollo, exacerbación o la persistencia de los problemas individuales o de relación específicos. La segunda estrategia consiste en desarrollar intervenciones de pareja específicas del trastorno, que se centran en determinadas interacciones que influyen directamente en cualquiera de los problemas concurrentes o su tratamiento. La tercera estrategia implica intervenciones en la que un miembro de la pareja sirve como un "terapeuta sustituto" o entrenador para ayudar a la otra persona con problemas individuales (Snyder et al., 2006).

En el presente capítulo, vamos a centrarnos en la aplicación de la terapia de pareja a aquellos trastornos más comunes que existen en víctimas del terrorismo y cuyo impacto en la calidad de la relación de pareja ha sido descrita en el capítulo anterior.

## **5.2 Aplicación de la terapia de pareja a la depresión, el duelo patológico y los trastornos de ansiedad**

Para describir aquellos tratamientos de pareja, específicos para la depresión y los trastornos de ansiedad, nos hemos basado en la revisión de Lebow et al. (2012), y en la revisión de Carr (2014), que incluyen revisiones de estudios que utilizaron una variedad de metodologías, y en la que los autores concluyeron que la evidencia apoya la eficacia y efectividad de las intervenciones de la terapia de pareja, ya sea sola o en conjunción con otros tratamientos, para la depresión y los trastornos de ansiedad.

### **5.2.1 Terapia de pareja para la depresión**

Las intervenciones sistémicas para la depresión tienen como objetivo reducir los problemas en la relación y aumentar el apoyo entre los miembros de la pareja. Otros factores que proporcionan un fundamento para las intervenciones sistémicas para la depresión en los adultos son: (a) debido a los efectos secundarios de la medicación, no todas las personas con depresión mayor responden a los medicamentos antidepresivos o desean tomarlo: (b) Las tasas de recaída después de la farmacoterapia, al año después del tratamiento, son aproximadamente el doble de las de las tasas de recaída después de la psicoterapia (65 frente a 29 %; Vittengl et al., 2007, citado en Carr, 2014).

En esta línea, un metaanálisis de ocho ensayos controlados y varias revisiones de la literatura proporcionan evidencia de la eficacia de los tratamientos basados en parejas en el tratamiento de la depresión (Barbato y D'Avanzo, 2008; Whisman y Beach, 2012; Whisman, Johnson, Be y Li, 2012). Estas investigaciones apoyan varias conclusiones principales sobre el tratamiento de la depresión con terapia de pareja: las intervenciones de pareja son más eficaces que ningún tratamiento y son tan eficaces como los enfoques individuales para el tratamiento de la depresión; la terapia de pareja y la terapia cognitivo conductual individual son igualmente

eficaces; para los que tienen problemas de relación, la terapia de pareja conduce a mayores mejoras en la satisfacción en la relación que la terapia cognitivo conductual individual.

Estos tratamientos de terapia de pareja para la depresión, citados en Carr (2014), incluyen la terapia de pareja sistémica (Jones y Asen, 2000; Leff et al., 2000), la terapia conductual tradicional (Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling y Salusky, 1991), la terapia cognitivo conductual (Beach et al., 1990), la terapia de pareja orientada al afrontamiento (Bodenmann et al., 2008), la terapia breve pareja (Cohen et al., 2010), la terapia interpersonal conjunta (Foley et al., 1989; Weissman et al., 2000), la terapia de pareja centrada en la emociones (Denton et al., 2012; Johnson, 2004) y la terapia familiar para la depresión basada en el modelo de McMaster (Miller et al., 2005; Ryan et al., 2005). Todos estos enfoques, para la terapia de pareja y familiares, se centran en la mejora del estado de ánimo y casi todos, al mismo tiempo, de los problemas de relación de pareja.

El enfoque Cognitivo-conductual, para el tratamiento de la depresión mediante la terapia de pareja, es el tratamiento más estudiado dentro de los tratamientos de pareja para la depresión. Un enfoque gradual para abordar el estado de ánimo y los problemas de relación, de tipo cognitivo-conductual, es descrito por Whisman y Beach (2012).

Estos autores describen que las sesiones suelen incluir:

- (a) el establecimiento de una agenda para la sesión, con la colaboración de la pareja;
- (b) la revisión de las tareas que la pareja ha hecho durante la semana;
- (c) el afrontamiento de un problema, el aprendizaje de nuevas habilidades, o la práctica de nuevas formas de relacionarse entre sí para hacer frente a problemas de relación;
- (d) la determinación de una tarea nueva a realizar antes de la próxima sesión; y
- (e) un resumen de lo que se trató en la sesión y la obtención de retroalimentación sobre la misma. (Whisman y Beach, 2012, p. 527)

Este tipo de terapia de pareja para la depresión generalmente sigue tres etapas secuenciales. El paso de una etapa a la otra está condicionado por el cumplimiento de los objetivos.

**La primera etapa** consiste en la eliminación de factores estresantes y el restablecimiento de actividades positivas en la relación. En la fase inicial, la atención se centra en el aumento de la proporción de la interacción positiva, la disminución de la desmoralización y la generación de esperanza al demostrar que el cambio es posible. Los terapeutas toman la iniciativa en las sesiones de estructuración, facilitando lo positivo dentro de las experiencias de la sesión y motivando a los clientes a tener experiencias similares o relacionadas entre sesiones.

El éxito en esta etapa de la terapia se obtiene cuando los miembros de la pareja informan de que son capaces de apreciarse más entre sí y un aumento en las actividades positivas personales y en pareja. El terapeuta debe estimular a la pareja para que las actividades positivas se continúen realizando a medida que avanzan a la segunda etapa de la terapia.

**La segunda etapa** tiene como objetivo mejorar la comunicación y la resolución de problemas en la relación. Para la mejora de la comunicación, los terapeutas suelen comenzar proporcionando instrucción y el modelado de la escucha positiva y la habilidad del habla. En primer lugar, se les enseña habilidades verbales y no verbales para la escucha empática y habilidades del habla. Una vez que las parejas ya dominan las habilidades de comunicación pueden pasar a temas conflictivos o con una mayor carga emocional. Entonces, se comienza con el aprendizaje de la resolución de problemas en su relación. El terapeuta instruye a la pareja acerca de la resolución de problemas efectivos y, luego, proporciona retroalimentación sobre el desempeño de la pareja en estas habilidades. Se les enseña los pasos básicos en la resolución de problemas y se les anima a utilizar su comunicación constructiva, a medida que trabajan en la resolución de problemas en curso en su relación. Whisman y Beach (2012) enfatizan en el hecho de que se ha demostrado que una peor evolución de la depresión está en relación con (a) la crítica expresada por la pareja de los individuos deprimidos y (b) la percepción crítica, que se

refiere al grado en que los individuos deprimidos ven a su pareja como críticos. En este sentido, estos autores señalan la importancia de que los terapeutas ayuden a reducir la aparición de la crítica, educando a las parejas sobre el papel de la crítica en la depresión.

En resumen, la segunda fase se centra en ayudar a que los clientes reflexionen, de manera conjunta, sobre los patrones positivos y negativos recurrentes de interacción, sistemas de creencias constructivas y destructivas relacionadas y temas de relaciones subyacentes. Los terapeutas ayudan a los clientes reflexionar, de manera conjunta, sobre los aspectos positivos y negativos de sus vidas entre las sesiones y facilitan el desarrollo de las habilidades y competencias para hacer esto de forma autónoma y sin volver a caer en patrones problemáticos.

**La tercera etapa:** El objetivo de esta etapa final de la terapia es ayudar a las parejas a consolidar los logros de las etapas anteriores, se prepara el fin de la terapia y se trabaja en la prevención de recaídas. Aquí, la principal preocupación es ayudar a los clientes a desarrollar planes de previsión y gestión de situaciones en las que el bajo estado de ánimo y los problemas de relación son probables que se repitan.

Otro enfoque de terapia que hemos mencionado que posee apoyo empírico, en el tratamiento de parejas con algún miembro deprimido y con problemas en la relación, es la terapia de pareja centrada en las emociones, dado que la EFT se sustenta en la teoría del apego y teniendo en cuenta los vínculos entre los trastornos en el apego y la depresión. Whiffen, Kallos-Lilly y MacDonald (2001) y Whiffen (2005) encontraron que las inseguridades en el apego de los maridos predijeron la persistencia de los síntomas depresivos de las esposas durante un período de 6 meses.

Dos estudios prueban la eficacia de EFT en el tratamiento de la depresión. El primero de estos estudios fue realizado por Dessaulles, Johnson y Denton (2003), en el cual se comparó la EFT con la farmacoterapia en el tratamiento del TDM. Ambas intervenciones fueron igualmente eficaces en la reducción de los síntomas de depresión, pero las mujeres que recibieron EFT mejoraron notablemente en la reducción de los síntomas depresivos después de

que terminó el tratamiento, en comparación con las que recibieron farmacoterapia, y también mostraron aumentos significativos en el ajuste marital durante los períodos de evaluación. El segundo de estos estudios fue realizado por Denton et al. (2012). Se compararon dos grupos. En el primero, se utilizaron solamente los fármacos antidepresivos y, en el segundo, la medicación antidepresiva combinada con la EFT en el tratamiento de mujeres con TDM comórbido que se encontraban en una relación de pareja comprometida, heterosexual, con problemas en la relación. Los resultados sugirieron que, mientras que la adición de EFT a la medicación antidepresiva no incrementó la reducción de síntomas depresivos, la EFT mejoró la calidad de la relación. Como ya hemos referido, mejorar la satisfacción de la relación es importante en el avance de la gestión, a largo plazo, de la depresión.

Por último, consideramos importante mencionar en este apartado que existen tratamientos basados en la pareja para la depresión y sin coocurrencia de problemas de relación. En el estudio de Bodenmann et al. (2008) que ya hemos referido, se enseñan a las parejas de pacientes con depresión a procesar los eventos estresantes de manera más efectiva y se contrastó esta condición con la terapia individual. No existía el requisito de que los participantes reportasen problemas de relación. Sin embargo, como en el trabajo previo con las parejas con dificultades, la condición de la terapia de pareja es tan eficaz como la terapia individual en la reducción de los síntomas depresivos. En consecuencia, esta parece ser una otra base potencial para el desarrollo de tratamientos para las parejas que no presentan problemas de relación.

Otro ensayo clínico (Cohen et al., 2010, citado en Carr, 2014) evaluó el efecto de un tratamiento desarrollado para parejas con una pareja deprimida pero con niveles de leve a moderado en problemas de relación. Este breve tratamiento combina métodos de terapia conductual para parejas, tales como la comunicación y la formación de resolución de problemas, con información sobre la depresión para aumentar la frecuencia de la interacción de apoyo y afrontamiento. Esta intervención de cinco sesiones ha demostrado ser eficaz en la

reducción de los síntomas depresivos, la reducción de los niveles de angustia y la sobrecarga del miembro de la pareja no deprimido y, por último, en la mejora de las actitudes y comportamientos hacia la depresión.

Con relación a la aplicación de la terapia de pareja específica para el duelo patológico no hemos encontrado revisiones bibliográficas. De hecho, en el Manual Clínico de terapia de pareja no existe mención a esta aplicación específica de la terapia de pareja ni en su Cuarta edición (Gurman, 2008), ni en su Quinta edición (Gurman, Levow, Snyder, 2015). Sólo en algunas investigaciones suele hacerse una ligera mención de la terapia de pareja específica para el duelo patológico unida a la terapia de pareja para la depresión (por ejemplo, Carr, 2014) por lo que existe, al respecto, una clara laguna en la investigación.

### **5.2.2 Terapia de pareja para los trastornos de ansiedad**

Carr (2014) recomienda que, en la planificación de los servicios sistémicos para las personas con trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y TEPT, los protocolos de tratamiento basados en las intervenciones que se detallan a continuación, se les debe ofrecer de forma ambulatoria. Este autor hace referencia a las opiniones de Antony y Stein (2009), de que, en los casos que no responden a la terapia sistémica, un programa multimodal que implica inhibidores de la recaptación de serotonina y la terapia sistémica puede ser apropiada.

Las terapias basadas en la pareja son eficaces para tres de los trastornos de ansiedad: la agorafobia con trastorno de pánico, el TOC y el TEPT, aunque este último en el DSM-5 se clasifica dentro de los trastornos relacionados con el trauma. Las intervenciones sistémicas crean un contexto en el que las parejas pueden apoyar la recuperación y en el que los patrones de interacción de la pareja y los sistemas de creencias que mantienen los trastornos de ansiedad pueden ser transformados. Otras razones que proporcionan un fundamento para un enfoque psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad son, según Carr (2014): (1) una proporción significativa de personas no son ayudados por la medicación, no pueden tolerar los efectos



secundarios de la medicación o no desean tomar medicamentos por otras razones; (2) Por otra parte, la recaída es común una vez que se interrumpe la medicación (Antony y Stein, 2009, citado en Carr, 2014).

Con relación al trastorno de pánico con agorafobia secundaria, que se desarrolla cuando las personas con trastorno de pánico evitan sistemáticamente los lugares públicos en los que esperan que los ataques de pánico se produzcan (y esto va acompañado de una sensación de alivio y seguridad), hay que considerar que la pareja y otros miembros de la familia pueden, sin darse cuenta, mantener ese estilo de vida, haciendo cosas aparentemente útiles para que la persona ansiosa pueda evitar situaciones que ellos creen que van a desencadenar ataques de pánico. Carr (2014) señala que

La terapia de pareja eficaz tiene como objetivo interrumpir este proceso y conseguir la ayuda del miembro de la pareja que no padece de ansiedad para que la persona sintomática pueda exponerse de manera planificada a las situaciones temidas y controlar su ansiedad dentro de estos contextos. (Carr, 2014, p. 169)

En este sentido, Byrne, Carr y Clark (2004) revisaron doce estudios de terapia de pareja para el trastorno de pánico con agorafobia y llegaron a la conclusión de que, las parejas que asistían a la terapia de exposición cognitivo conductual, tratados individualmente o en grupo, experimentaron una mejoría clínicamente significativa de la agorafobia y de los síntomas de pánico, alcanzando dicha mejoría al 54-86% de los pacientes. Los logros del tratamiento se mantuvieron durante el seguimiento. Por lo tanto, este tipo de terapia de pareja fue tan eficaz como la TCC individual, ampliamente considerado como el tratamiento de elección. En algunos estudios de intervenciones basadas en la pareja, este tipo de terapia tuvo un impacto positivo en la comorbilidad de los problemas de relación, aunque esto también se ha encontrado en estudios de terapia basada en la exposición individual.

Carr (2014) concluye que los programas más eficaces basados en terapia de pareja incluyen: (a) el entrenamiento de la comunicación; (b) la exposición graduada de la pareja a situaciones que provocan ansiedad, y (c) la mejora de las habilidades y la terapia cognitiva de afrontamiento para hacer frente a las creencias irracionales y las expectativas que sustentan el comportamiento de evitación. Con el apoyo de la pareja empieza la exposición gradual de la persona sintomática que realiza una serie de salidas programadas a una jerarquía de lugares o situaciones que le provocan ansiedad o son amenazantes. El miembro de la pareja que no sufre de ansiedad tiene que ayudar a la persona sintomática en el uso de estrategias como la respiración controlada, la relajación y las autoinstrucciones positivas para gestionar con éxito la ansiedad y controlar el pánico.

Con relación al TOC, se caracteriza por pensamientos obsesivos provocados por estímulos específicos y por rituales compulsivos dirigidos a reducir la ansiedad (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). Los pensamientos obsesivos regresan rápidamente y los rituales se repiten, por lo que estos últimos solo tienen un efecto reductor de la ansiedad a corto plazo. La pareja puede reforzar los patrones de interacción que mantienen los rituales compulsivos, por ejemplo, no cuestionando su legitimidad o involucrándose en un conflicto acerca de ellos. Estos procesos pueden dar lugar a importantes dificultades de relación (Renshaw, Steketee y Chambless, 2005). En el tratamiento basado en la pareja para el TOC, el objetivo es interrumpir los patrones de interacción familiar que mantienen los rituales compulsivos y obtener colaboración de la pareja para ayudar a la persona a superar sus obsesiones y compulsiones.

Existen cinco ensayos de terapia de pareja sistémica o enfoques basados en la familia para el tratamiento del TOC revisados por Renshaw et al. (2005) y un estudio piloto más reciente (Abramowitz et al., 2013) donde se ha demostrado que estos enfoques son tan eficaces o, en algunos casos más eficaz, que la TCC individual para adultos con TOC.

Los protocolos efectivos implican psicoeducación sobre el TOC combinada con la exposición y la prevención de respuesta. Con la psicoeducación se persigue ayudar a la pareja a reducir el grado de acomodación en la forma de responder a los rituales compulsivos de la persona sintomática o a sus obsesiones. Los objetivos de la exposición y prevención de respuesta consisten en: (a) entrenar al miembro de la pareja que no presenta el trastorno en el apoyo a su pareja sintomática, mientras ellos entran en una jerarquía de situaciones que provocan cada vez más ansiedad de una manera planificada, y (b) reducir los comportamientos compulsivos (como lavarse las manos repetidamente).

Con relación al TEPT y los tratamientos de pareja existentes, dada la alta prevalencia de la sintomatología de estrés postraumático en víctimas de terrorismo que, como ya sabemos, constituyen la muestra de la presente investigación, una revisión más exhaustiva de los enfoques de pareja para el tratamiento del TEPT será realizada en el próximo apartado.

### **5.3 Aplicación de la terapia de pareja al trastorno de estrés postraumático**

En la actualidad, las terapias de pareja que abordan tanto el TEPT como los problemas de relación de pareja y que han sido avaladas empíricamente son: (a) la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C) centrada en el trauma; (b) la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C) centrada en el presente; (c) la terapia de enfoque estructurado (SAT), que es un tipo de terapia conductual que integra elementos emocionales, y (d) la terapia centrada en las emociones para parejas (EFT). Estos modelos han mostrado resultados prometedores con muestras de parejas de veteranos de guerra y civiles, siendo la terapia cognitivo conductual conjunta la que tiene la mayoría de las pruebas en apoyo de su eficacia (Monson y Fredman, 2012).

### **5.3.1 Terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT**

#### ***5.3.1.1 Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos***

La terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C) es una terapia diseñada para reducir simultáneamente los síntomas de TEPT y sus comorbilidades y mejorar relación de pareja de los pacientes traumatizados (Monson y Fredman, 2012). La pareja es la unidad de tratamiento. Asimismo, se pretende inculcar una filosofía de esperanza; cada pareja posee el potencial para la recuperación y la curación si se quitan los impedimentos existentes en la relación.

Esta terapia puede ser particularmente relevante para los médicos que tratan a los miembros del servicio y veteranos con TEPT debido a que las dificultades en las relaciones son a menudo un factor motivador para buscar tratamiento y este problema, como ya ha quedado documentado en la presente investigación, suele ser bastante común (Interian, Kline, Callahan y Losonczy, 2012, citado en Monson y Fredman, 2015).

En la concepción de esta terapia subyace una definición de las diferencias entre las parejas sanas y las disfuncionales, afectadas por el TEPT. Monson y Fredman (2015) señalan la existencia de variables conductuales, cognitivas y afectivas que interactúan dentro de cada persona y entre los miembros de una pareja para crear un entorno de relación donde ambos se influyen mutuamente. Estos factores pueden facilitar o dificultar el proceso de recuperación natural del TEPT.

Los factores conductuales tienen que ver con el hecho de que los miembros de la pareja, a menudo, modifican sus comportamientos en respuesta a los síntomas de los pacientes para disminuir el malestar de los mismos minimizar el conflicto debido a los síntomas del TEPT, fenómeno que se ha etiquetado como “acomodación de la pareja a los síntomas del TEPT” (Fredman et al., 2014) de la que ya hemos hablado. Tal acomodación, entonces, tiene implicaciones negativas para el paciente, la pareja, y el bienestar de la relación.

La evitación, a nivel de pareja, de lugares, personas, sentimientos, y situaciones que el paciente encuentra que le afectan; la pobre comunicación y las habilidades de manejo del conflicto, y un entorno crítico, negativo, sin apoyo social de la pareja, pueden disminuir la efectividad de compartir la experiencia del trauma. Como se discute más adelante, esto es relevante en la recuperación del trauma porque la revelación del trauma en un ambiente de motivación y apoyo se piensa que facilite un procesamiento emocional y cognitivo más efectivo de las memorias traumáticas.

Dentro de los factores cognitivos, Monson y Fredman (2015) teorizan que los procesos cognitivos interrelacionados y el contenido temático ayudan a explicar la asociación entre los problemas en la recuperación del trauma y los problemas en la relación íntima. Las autoras proponen que temas tales como la seguridad, la confianza, el control, la autoestima e intimidad están afectadas como resultado del trauma y son relevantes en el funcionamiento de las relaciones cercanas. Para ello, citan los trabajos de McCann y Pearlman (1990) y los aportes de la terapia del procesamiento cognitivo (Resick, Monson y Chard, 2008), y señalan que existen varias maneras en las cuales los individuos y otras personas importantes pueden valorar inadaptadamente eventos traumáticos que pueden llevar a la sintomatología postraumática y los problemas de relación de pareja. Las evaluaciones problemáticas de los eventos traumáticos pueden también llevar a creencias inadaptadas sobregeneralizadas sobre uno mismo, sobre los otros y sobre el mundo después del trauma. Estas barreras incluyen una variedad de construcciones cognitivas en cada uno de los miembros de la pareja y pueden ser conceptualizadas como esfuerzos de los clientes, sus parejas e incluso los terapeutas de ejercer predictibilidad y control sobre los hechos.

Monson y Fredman (2015) señalan que, además del contenido cognitivo que está afectado por el trauma, hay desórdenes del proceso cognitivo asociados con la aparición del TEPT, incluyendo los déficits de atención/concentración y la atención selectiva a la negatividad (Vasterling y Brewin, 2005, citado en Monson y Fredman, 2015). La atención selectiva a la

amenaza se extiende a las percepciones de los comportamientos de las parejas, tales como las sospechas de que las intenciones de la pareja hacia el individuo traumatizado son negativas. La tendencia en las parejas en las cuales, al menos, un miembro tiene TEPT para ver al otro como una fuente de amenaza es similar a la tendencia observada en otras parejas con problemas (Epstein y Baucom, 2002); simplemente tiende a amplificarse en presencia del TEPT.

Por último, las autoras señalan la importancia de los factores emocionales. Citan las investigaciones que muestran que las afecciones emocionales asociadas a traumas se extienden más allá de la ansiedad y el miedo, incluyendo la culpa, la vergüenza, el pesar y la tristeza (por ejemplo, Kubany y Watson, 2002; Novaco y Chemtob, 2002) y el evitarlo puede generalizar la experiencia y afectar la expresión de emociones en general (Boeschén, Koss, Figueredo y Coan, 2001). Los individuos que experimentan este rango de emociones sin tratar de escapar de ellos y que, además, están motivados por otras personas cercanas a experimentarlas y expresarlas, son más propensos a tener una recuperación natural del TEPT. Monson y Fredman (2015) señalan que expresar emociones crea una maestría individual y una mayor regulación de las emociones y que, también, puede facilitar la cercanía y la intimidad con otros, incluyendo la pareja.

Es importante considerar que, aunque la TCC-C para el TEPT está centrada en el trauma, no incluye técnicas de exposición en imaginación para procesar los eventos traumáticos específicos. Se trata de un procedimiento diferente a la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, de tipo individual, basada en la exposición (por ejemplo, la exposición prolongada; Foa et al., 2007), en la que se anima a los pacientes a repetir los eventos con detalle exquisito hasta la habituación o extinción de la ansiedad relacionada con los recuerdos temidos. La TCC-C para el TEPT utiliza métodos para procesar esos eventos traumáticos basados en la teoría cognitiva, que implican contextualizar recuerdos del trauma y la corrección de cogniciones inadaptadas sobre el trauma.

Es decir, los eventos se discute en detalle suficiente para que la pareja pueda tener un sentido compartido de lo que sucedió, para que la reestructuración cognitiva diádica puede hacerse mediante interpretaciones explícitas de los acontecimientos traumáticos.

A continuación, describimos la práctica de la TCC-C para el TEPT y la mejora de la relación de pareja:

### **1.) Descripción del protocolo:**

La TCC-C para el TEPT comprende un protocolo manualizado de tratamiento de 15 sesiones y 3 etapas (Monson y Fredman, 2012), descrito con el acrónimo R.E.S.U.M.E. (en inglés) que fue elegido para transmitir la idea de que los individuos con TEPT tienen el potencial para recuperarse del trauma. Monson y Fredman (2015) describen que:

La **R** y la **E** capturan los objetivos generales de la fase 1, los cuales son el brindar una **Razón** para el tratamiento y **Educ**ar a la pareja sobre el TEPT y los problemas interpersonales asociados. La **S** y la **U** significan los objetivos generales de la fase 2, que son el aumentar la **Satisfacción** en la relación e intervenir [**Undermine**] sobre las conductas de evitación que mantienen el TEPT y los problemas de relación de la pareja. La **M** y la **E** representan los objetivos de la fase 3, que son encontrar un Significado [**Meaning**] a los eventos traumáticos y el alcanzar el Fin [**End**] de la terapia (...). (Monson y Fredman, 2015, pp. 534 y 535)

Las sesiones son de 75 min cada una e incluyen prácticas dentro de la sesión y tareas fuera de la sesión para facilitar la adquisición de las habilidades fuera de las sesiones.

Monson y Fredman (2012) definen tres etapas:

- **Etap**a 1: La orientación del tratamiento, la psicoeducación sobre el TEPT y los problemas de relación íntimos asociados, y la construcción de la seguridad.

- ***Etapas 2:*** Las intervenciones conductuales que aumentan las conductas de aproximación, mejoran la satisfacción de la relación, y promueven las habilidades de comunicación.
- ***Etapas 3:*** Las intervenciones cognitivas diseñadas para abordar los patrones de pensamiento desadaptativos que mantienen tanto los síntomas de TEPT como los problemas de relación.

A continuación describimos en detalle las etapas con las sesiones correspondientes como lo plantean las autoras en una publicación posterior (Monson y Fredman, 2015):

***Etapas 1 (sesiones 1 y 2):***

Consta de dos sesiones que sirven para introducir el tratamiento y aumentar la positividad entre los cónyuges. En la ***primera sesión***, el terapeuta ofrece a las parejas los fundamentos básicos para el tratamiento y la psicoeducación acerca del TEPT y sus síntomas, una explicación de cómo evitar los pensamientos problemáticos que mantienen el TEPT, y los problemas que se generan en la relación dándose el TEPT. Además, a cada miembro de la pareja se le pide que responda a preguntas sobre su comprensión de los efectos del trauma a nivel individual y en su relación de pareja y, además, las creencias en los ámbitos relacionados con el trauma.

La ***segunda sesión*** se centra en mejorar la sensación de seguridad en la relación. Es importante que las conductas negativas en la relación, que deterioran la satisfacción de la relación de pareja, sean disminuidas tan rápidamente como sea posible para promover un ambiente seguro para la curación. A las parejas se les aporta una psicoeducación sobre los patrones relacionales disfuncionales, específicamente relacionados con el TEPT o el funcionamiento de la relación. En este sentido, el terapeuta ayuda a la pareja a identificar los patrones basados en la relación que pueden ocurrir durante el conflicto y les enseña, por una parte, las estrategias primarias de prevención y, por la otra, las estrategias secundarias para manejar el conflicto y las emociones intensas. Estas habilidades también son relevantes en parejas que presentan un patrón de evitación crónica, donde las parejas aprenden a



comprometerse entre sí y se facilita la discusión de asuntos importantes. Durante esta etapa, el terapeuta colabora con la pareja para desarrollar fuera de la sesión tareas con el fin de aumentar los comportamientos positivos y llamar la atención sobre ellos lo más rápido posible.

*Etapas 2 (sesiones de la 3 a la 7):*

La intervención se focaliza en la mejora de la satisfacción de la relación y en la disminución de las conductas de evitación. Para ello, la mejora de la comunicación es considerada como el medio principal para socavar las conductas de evitación asociadas al TEPT y mejorar la relación. Las habilidades comunicativas presentadas y practicadas en cada sesión ayudan a las parejas a identificar y compartir sus sentimientos, a notar las vías en las que sus pensamientos pueden afectar las emociones y pensamientos del otro. La pareja usa estas habilidades para discutir el contenido relacionado con el TEPT y a tomar decisiones colaboradoras para dirigir la evitación relacionada con el trastorno a través de involucrarse en el comportamiento opuesto (por ejemplo, enfocarse).

Específicamente, en **la sesión 3**, las parejas hablan acerca de la evitación de lugares, personas, sentimientos, y situaciones como resultado del TEPT, y que cosas ellos harían diferente si el papel del TEPT en su relación fuera menor. En la **sesión 4**, ellos identifican los sentimientos que cada uno tiene acerca del rol del TEPT en su relación, y que otros sentimientos tendrían si el TEPT tomara “menos espacio” en su relación. Al comienzo de la **sesión 4**, cada tarea fuera de la sesión incluye una actividad de enfoque in vivo a nivel de pareja para contrarrestar la evitación relacionada con el TEPT identificado en la **sesión 3**. Los pensamientos y los impedimentos conductuales que previenen el compromiso son identificados y dirigidos (por ejemplo, la creencia de que la ansiedad es peligrosa; que la pareja discutirá durante la actividad, y que tal conflicto inevitablemente llevara al fin de la relación etc.).

*Etapas 3 (sesiones de la 8 a la 15):*

Se dirige a las cogniciones relacionadas con el trauma, por lo que el trabajo de esta etapa está centrado en el trauma. En primer lugar, se trabajan las cogniciones históricas específicas al

evento traumático (por ejemplo, la aceptación y la culpa) y, en segundo lugar, las creencias interpersonales alteradas por el trauma (por ejemplo, la confianza, el control, la cercanía emocional, la cercanía física).

El terapeuta enseña a la pareja un proceso que se puede utilizar en conjunto para desafiar las cogniciones que están manteniendo el TEPT y los problemas de la relación. El objetivo de la intervención es el de elevar la flexibilidad cognitiva; se trata de un proceso de solución de problemas cognitivo, ya que aumenta el rango de soluciones cognitivas posibles a los pensamientos problemáticos. Las autoras han etiquetado este proceso cognitivo binario como UNSTUCK (en inglés), para lograr que la pareja trabaje en conjunto para modificar los “puntos calientes” (por ejemplo, pensamientos que la pareja sostiene que mantienen el TEPT y/o los problemas de la relación). Este proceso sigue un despliegue acrónimo:

- Unificar la pareja (esto es una oportunidad para que la pareja se una en el empirismo de colaboración).
- Identificar los pensamientos, manteniéndolos.
- Compartir los pensamientos o interpretaciones alternativas
- Prueba de la mesa de los pensamientos (exteriorizar los pensamientos, mirándolos de forma más objetiva y evaluar la evidencia y la funcionalidad de los mismos)
- Utilizar el mejor pensamiento.
- Cambios en las emociones y comportamientos que resultan como consecuencia de la nueva idea.
- Practicar (reconocimiento de que se requiere un esfuerzo para cambiar la mente de uno cuando ha habido patrones arraigados de pensamiento).

Se parte de la idea de que el TEPT y/o los problemas de la relación de pareja llevan a los miembros de la pareja a pensar de manera rígida. El objetivo es que, al trabajar juntos, pueden pensar más flexiblemente sobre el trauma y su relación de pareja, por medio de tomar una perspectiva más amplia. Para conseguir este objetivo, el pensamiento seleccionado, los

pensamientos alternativos generados como respuesta, el pensamiento alternativo seleccionado para competir con el que existe, los cambios en las emociones y las conductas, y las ideas para mantener la práctica del nuevo pensamiento son escritos en una cuartilla titulada “Gran Imagen”.

El tratamiento culmina con una sesión sobre el potencial de identificación de beneficios y el crecimiento postraumático. Las ganancias del tratamiento son identificadas y consolidadas al final de la sesión y se trabaja la prevención de recaídas.

Fredman et al. (2011) recomiendan que para parejas que deseen abordar las dificultades en la relación asociadas al TEPT, pero que no desean hacer el trabajo enfocado al trauma que se realiza en la etapa 3, los terapeutas podrían proporcionar simplemente las etapas 1 y 2.



no será posible en todos los cuadros clínicos, para lo cual las sesiones semanales serán aceptables. Sin embargo, aconsejan el no programar sesiones con intervalos mayores (por ejemplo, cada dos semanas o una vez al mes) porque esto podría reforzar la evitación conductual del TEPT).

- b) Con la TCC-C para el TEPT, las sesiones se brindan en conjunto y no se incluyen terceras personas (por ejemplo otro miembro de la familia este presente), pero si se estimula a las parejas a aplicar las habilidades que aprenden en la sesión no sólo entre los miembros de la pareja sino en su entorno interpersonal.
- c) En la TCC-C para el TEPT, no se realizan sesiones individuales con las parejas, excepto para las sesiones individuales con cada miembro durante el proceso de evaluación para los propósitos de reunir una historia psicosocial y evaluar el compromiso de cada miembro con la relación y la seguridad física, dejándose claro que el objetivo del tratamiento es la relación de pareja frente al TEPT. Con este fin, el contrato de tratamiento que una pareja firma en la primera sesión incluye la cláusula de que las sesiones solo ocurrirán cuando ambos estén presentes.
- d) Las sesiones son realizadas, típicamente, por un solo terapeuta, pero puede usarse coterapeutas si uno está aprendiendo el tratamiento por primera vez, o si el tratamiento se da en un grupo formado por varias parejas.

### **3.) *El papel del terapeuta:***

Cuando se conduce la TCC-C para el TEPT, el terapeuta toma un papel activo al guiar cada sesión de terapia y entregar los elementos prescritos para cada sesión. El modelo enfatiza la importancia de la relación terapéutica para el éxito del tratamiento y de las habilidades terapéuticas (empatía, la calidez, autenticidad, colaboración etc.). Asimismo, como una consideración específico al formato de la terapia de pareja se recalca la importancia de la neutralidad. Monson y Fredman (2015) señalan que:

El modelo presume que la pareja es la unidad de intervención, y que el terapeuta necesita permanecer al tanto de la unión de la pareja ante el TEPT y los problemas de la relación en vez de sumergirlos en una pelea entre ellos. El objetivo es el externalizar el desorden para que, metafóricamente, exista dentro de la interacción de la pareja y no dentro de un paciente identificado. (Monson y Fredman, 2015, p. 538)

Como parte del proceso de consentimiento informado, el clínico debe discutir lo que la pareja espera del terapeuta así como lo que se espera de la pareja (como el completamiento de las tareas fuera de sesión, y la práctica dentro de la sesión).

El terapeuta sirve como moderador para usar las habilidades que han sido impartidas en la terapia, o guía la discusión hacia las cogniciones adaptativas en el área del objetivo. Para ello, los miembros son instruidos a mover sus sillas y ponerse uno frente al otro y comunicarse directamente, aprovechando la experiencia en la sesión para aumentar la posibilidad de que la pareja usará estas habilidades fuera de las sesiones y las generalizará a otras relaciones.

### **4.) *Evaluación y planificación del tratamiento:***

Las autoras recomiendan una evaluación integral de ambos miembros de la pareja juntos y de cada persona individualmente, porque los múltiples problemas emocionales y

conductuales son propensos a surgir luego de la exposición al estrés postraumático. Con este fin, las autoras recomiendan un proceso de evaluación de 3 sesiones. En la sesión inicial conjunta, se escucha la versión de cada uno de los problemas que les afectan, los síntomas relacionados con el trauma, sus expectativas y esperanzas sobre la terapia y sus motivaciones respectivas para involucrarse en la terapia.

En la segunda sesión, el terapeuta se encuentra con cada miembro individualmente para entrevistas semiestructuradas y clínicas. En estas sesiones individuales, un miembro puede ser entrevistado mientras el otro completa breves pruebas de salud mental y dificultades en la relación. Entonces, el miembro que no ha sido entrevistado aún se encuentra con el terapeuta mientras el otro completa las mismas pruebas. Estas sesiones individuales pueden ser también programadas independientemente, dependiendo de la preferencia de la pareja.

Las autoras recomiendan una tercera sesión de evaluación en la cual el terapeuta brinda retroalimentación a la pareja concerniente con su funcionamiento individual y de pareja. En este sentido, se argumenta la necesidad de seguir con la terapia de pareja en conjunto para el tratamiento del TEPT, o se dan las razones para no seguir el tratamiento en este momento (por ejemplo si los síntomas de TEPT no son clínicamente significativos o si hay razones para excluir a la pareja de la terapia como la agresión grave a la pareja).

#### **5.) *Mecanismos de cambio:***

Este modelo de terapia de pareja se enfoca en dirigir los factores interactivos cognitivos, emocionales o relacionales que, como hemos explicado, han sido encontrados que impiden la recuperación natural después del trauma y mantienen los síntomas del TEPT y los problemas relación de pareja. En la descripción de las etapas del tratamiento ha quedado claro que, en un inicio, se utilizan intervenciones conductuales (para mejorar el manejo de conflictos y la regulación de las emociones individuales). También se realiza el entrenamiento en las habilidades comunicativas conductuales (con el propósito de mejorar el clima emocional dentro

de la pareja, unir a sus miembros en contra del TEPT y, por último, para facilitar las posteriores intervenciones cognitivas binarias).

Con el objetivo de aumentar la intimidad entre los miembros, combatir las conductas de evitación que puede mantener el TEPT, y disminuir el embotamiento emocional se realiza la identificación de la emociones y se enseñan y practican habilidades de comunicación para compartir esas emociones. Las tareas de enfoque conductual a nivel binario (que facilitan un nuevo aprendizaje para la pareja) se emplean, además, para combatir las conductas de acomodación de la pareja y la evitación que, como ya se ha especificado, no sólo mantienen el TEPT si no que disminuyen las actividades compartidas por la pareja.

Por último, las cogniciones postraumáticas, que mantienen el TEPT Y los problemas de relación de pareja, se trabajan con la intervención cognitiva binaria descrita anteriormente para facilitar el procesamiento del trauma y mejorar el funcionamiento de la relación.

#### ***5.3.1.2 Aplicación del tratamiento y apoyo empírico***

Para determinar si la TCC-C para el TEPT es apropiada para una pareja dada, Monson y Fredman (2015) señalan los criterios de inclusión-exclusión que se han utilizado en los ensayos clínicos. La intervención ha sido probada con un rango de individuos traumatizados quienes varían con respecto al tipo de evento traumático, la satisfacción de la relación, y la orientación sexual. En el plano del individuo los criterios de exclusión del tratamiento incluyen: 1) dependencia de sustancias DSM-IV; 2) síntomas no controlados de salud mental grave (por ejemplo, psicosis activa o manía); 3) trastornos cognitivos graves; y 4) suicidio y homicidio inminente. Si bien es cierto, señalan las autoras, que se han tratado individuos con diagnósticos de abuso de drogas (según criterios diagnósticos DSM-IV), con diagnósticos de trastornos mentales mayores siempre y cuando estuviesen estabilizados, con una historia de daño cerebral traumático asociado a un deterioro cognitivo ligero, y con ideación suicida activa.



Otra variable que se tiene en cuenta es el uso de medicamento psicotrópicos concurrentes, no estando contraindicados en la TCC-C para el TEPT, con la excepción del uso de benzodiacepinas, a menos que sea muy necesario, porque esto puede interferir con el nuevo aprendizaje durante los ejercicios de enfoque y además, puede reforzar la creencia de la pareja del paciente de que éste es incapaz de tolerar la ansiedad en una situación particular sin el uso de la pastilla. No obstante, las autoras aclaran que, si los pacientes han seguido una dosis estable de medicamentos (la cual operacionalmente definen como más de 8 semanas de régimen) y desean continuar en la misma dosis para la duración del tratamiento, las oportunidades son buenas de que ellos y sus parejas atribuyan las ganancias que tienen al esfuerzo realizado en la terapia más que al medicamento.

Con respecto a los criterios de exclusiones orientadas a la relación, se han excluido: (a) parejas en las cuales uno o ambos miembros no pueden expresar al menos un compromiso mínimo con la relación, operacionalmente definido como la voluntad de comprometerse con las 15 sesiones de la terapia; (b) parejas en las que está ocurriendo la infidelidad en una relación; (c) parejas donde ha ocurrido una agresión grave en el pasado año (según la Escala de Tácticas de Conflicto; Strauss, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996). Si transcurre un período de tiempo sin agresión física, la terapia de pareja puede entonces ser iniciada, con el monitoreo continuo de la agresión en la relación; (d) parejas donde uno o ambos miembros desean terminar la relación, aunque si ellos se comprometen con las 15 sesiones del protocolo, se les exhorta a que procedan con la terapia, adoptando una actitud “de espera” y poniendo lo mejor de ellos, antes de determinar si desean o no terminar con la relación; (e) parejas que descubren que el otro miembro tiene una relación extramatrimonial o aquellas que identifican el malestar como que está relacionada con la infidelidad de uno o ambos miembros como su principal problema, ya que el objetivo principal del tratamiento en la TCC-C para el TEPT son los síntomas del paciente con TEPT y los problemas de relación que las parejas relacionan con dichos síntomas.

Con relación a los estudios de eficacia y efectividad de este enfoque, se han basado en en la reducción de los síntomas de TEPT y sus comorbilidades en el paciente traumatizado, en la mejora de la satisfacción en la relación de pareja de ambos miembros, en la mejora de la salud mental del otro miembro de la pareja y en la mejora de las cogniciones postraumáticas. También se han centrado en el crecimiento postraumático.

A continuación describimos estas investigaciones:

**1.) *Estudios de eficacia y efectividad de la TCC-C en la reducción de los síntomas de TEPT y sus comorbilidades y en la mejora de la satisfacción en la relación de pareja***

Se ha probado que la TCC-C para TEPT es eficaz a la hora de disminuir los síntomas de TEPT y los síntomas psicológicos comórbidos habituales en dos estudios experimentales no controlados realizados con veteranos de guerra y sus parejas, específicamente con veteranos de la guerra del Vietnam (Monson, Schnurr, Stevens y Guthrie, 2004) y veteranos de las guerras de Irak y Afganistán (Schumm, Fredman, Monson y Chard, 2013), y, en otro estudio, con miembros de la comunidad y sus parejas (Monson et al., 2011). Los resultados de estos estudios indican mejoras estadísticamente significativas y clínicamente significativas en los síntomas de TEPT ( $d = 1,51$  a  $1,60$ ).

Por otra parte, un ensayo controlado aleatorizado de TCC-C para el TEPT fue realizado con una muestra diversa (es decir, individuos con diferentes eventos traumáticos, diferentes tipos de parejas íntimas incluyendo casados y parejas cohabitando, y diferentes orientaciones sexuales). La muestra estaba formada por 40 individuos con TEPT y sus parejas, de los cuales 20 fueron asignados inmediatamente a tratamiento y los otros 20 a lista de espera (Monson et al., 2012). En este estudio se encontraron mejorías significativas en el TEPT y en síntomas psicológicos comórbidos entre los pacientes que recibieron la TCC-C para TEPT en comparación con los que fueron asignados a la condición de lista de espera, con grandes tamaños del efecto para el TEPT ( $g$  de Hedge = 1,13), la depresión ( $g$  de Hedge = 0,83) y la

ansiedad ( $g$  de Hedge = 0,85). Cabe destacar que estos tamaños del efecto del tratamiento son similares a los encontrados en las psicoterapias para el TEPT (p. ej.,  $g$  = 1,63; Watts et al., 2013, citado en Monson y Fredman, 2015). También hubo una mejora significativa en los informes del paciente de satisfacción de la relación, que se mantuvo a los 3 meses de seguimiento.

Además, se han publicado tres estudios de casos (Blount, Fredman, Pukay-Martin, Macdonald y Monson, 2015; Brown-Bowers, Fredman, Wanklyn y Monson, 2012; Fredman, Monson y Adair, 2011; citados en Monson y Fredman, 2015) donde igualmente se ha comprobado la eficacia de este tipo de terapia para el tratamiento del TEPT.

Al igual que con los tratamientos individuales para TEPT (Foa et al., 1991; Nishith et al., 2002; ambos citados en Monson y Fredman, 2015), la TCC-C para el TEPT ha demostrado su eficacia en la reducción de los síntomas del TEPT de reexperimentación, evitación e hiperactivación, con resultados similares a los encontrados que en ensayos individuales (por ejemplo, Foa et al., 1991; Monson et al., 2006). Además, el uso de la TCC-C para el TEPT se relacionó con una disminución significativa en los síntomas de embotamiento emocional, con una gran diferencia en el tamaño del efecto en relación con la lista de espera. Estos resultados amplían los hallazgos de un estudio pequeño, sin método de control, de una terapia conjunta para el TEPT (Sautter, Glynn, Thompson, Franklin y Han, 2009). Este hallazgo es particularmente importante porque los síntomas de embotamiento emocional a menudo no disminuyen tanto como otros síntomas en los tratamientos individuales (por ejemplo, Nishith et al., 2002; Taylor et al., 2003; citados en Sautter et al., 2009), lo que es preocupante porque el embotamiento emocional se ha asociado con una amplia gama de alteraciones en el funcionamiento interpersonal como ya se ha dicho.

Por otra parte, este tipo de terapia también ha conseguido mejorías en el funcionamiento de la relación de pareja, (aunque el nivel de mejora no resultó ser estadísticamente significativo en los todos estos estudios). Es muy importante tener en cuenta que los individuos con TEPT se

benefician del tratamiento a través de un amplio rango de niveles iniciales de funcionamiento de la relación íntima (Shnaider et al., 2015) y, especialmente, aquellos con mayores niveles de “acomodación” de la pareja al TEPT. Esto último quiere decir que se ha comprobado que TCC-C para el TEPT es particularmente efectivo para parejas en cuyos miembros hay altos niveles de acomodación a los síntomas del TEPT (Fredman et al., 2014; Pukay-Martin et al., 2015; Fredman et al., 2016).

Con relación a la mejora del ajuste de la relación de pareja, por ejemplo, podemos mencionar los resultados del estudio de Schumm et al. (2013) en el que se apreció la mejora de la satisfacción de las mujeres de los veteranos. En contraste, la mayoría de los veteranos no mostró cambios fiables en sus índices de satisfacción en la relación. Esto puede ser parcialmente explicado, según los autores, por el hecho de que 4 de las 6 de veteranos no reportaron problemas de relación con sus parejas antes del tratamiento y, por lo tanto, puede haber habido menos espacio para mostrar las mejoras sustanciales en este dominio. En consonancia con la mejora destacada por las mujeres que sí percibían problemas en sus relaciones, los veteranos que tenían la puntuación de ajuste de relación más bajo antes del tratamiento mostraron una mejoría fiable al final del tratamiento.

Los hallazgos de este estudio son congruentes con los ensayos clínicos no controlados de TCC-C para el TEPT entre veteranos de Vietnam con TEPT, que encontraron que, en promedio, los veteranos no mostraron cambios significativos en sus calificaciones de ajuste de la relación (Monson et al., 2004; Monson, Stevens y Schnurr, 2005). Esto sugiere que TCC-C para el TEPT no necesariamente puede mejorar o perjudicar la relación de ajuste desde la perspectiva de los veteranos que perciben su relación sin problemas de relación desde el principio, pero puede mejorar el ajuste de la relación de sus parejas que sí perciben dichos problemas.

Con relación a la satisfacción en la relación, aunque se podría esperar que las parejas que participan en una terapia TCC-C para el TEPT tendrían problemas de relación, los que se han

presentado para el tratamiento dentro de los estudios existentes de TCC-C han informado de una amplia gama de puntuaciones de satisfacción, con muchos altos niveles de satisfacción en la relación previos al tratamiento (por ejemplo, Monson et al., 2011, 2012). De hecho, los ensayos de TCC-C no han requerido a las parejas que tengan problemas de relación para participar en el tratamiento. En este sentido, Halford y Bodenmann (2013) sugieren un posible efecto de techo, de tal manera que los altos niveles de satisfacción con la relación de pretratamiento pueden estar limitando la mejora en la relación. De acuerdo con ello, una posible explicación para la falta de hallazgos consistentes con respecto a las mejoras en la satisfacción de la relación dentro de TCC-C puede ser que los altos niveles de satisfacción con la relación de pretratamiento han creado un efecto de techo para las puntuaciones de satisfacción. En este orden de ideas, para aclarar los efectos de TCC-C en los resultados de la relación se necesitaba una investigación que diferenciase las parejas con problemas de aquellas que presentaban un nivel de satisfacción alto.

Con este propósito, Shnaider et al. (2015) intentaron aclarar estas interrogantes, examinando los efectos de la satisfacción de la relación previa al tratamiento sobre el abandono del tratamiento y los resultados en la reducción del TEPT en un ensayo del tratamiento de TCC-C. El objetivo secundario fue investigar el papel de las dificultades en la relación pretratamiento en las mejoras en la relación. Esta investigación utilizó datos del ensayo controlado aleatorio de TCC-C (Monson et al., 2012).

Los resultados demostraron que el abandono del tratamiento y los resultados de los síntomas de TEPT no estaban significativamente asociados con los niveles de satisfacción de la relación previos al tratamiento, ni en los pacientes, ni en sus parejas, por lo que las parejas con diferentes niveles de dificultad en la relación pretratamiento no están en mayor riesgo de abandono del tratamiento o tener peor respuesta al tratamiento del TEPT en TCC-C. Aunque estudios previos han indicado que el mal funcionamiento de la relación puede influir negativamente en los resultados de los tratamientos individuales y grupales para el TEPT

(Evans, Cowlshaw, Forbes, Parslow y Lewis, 2010; Evans, Cowlshaw y Hopwood, 2009; Monson, Rodríguez et al., 2005; Price et al., 2013; Tarrier et al., 1999; citados en Shnaider et al., 2015), los resultados del estudio de Shnaider et al. (2015) sugieren que esto puede no ser el caso en el tratamiento del TEPT en un formato diádico.

Estos autores citan los hallazgos de la investigación previa de otros tratamientos de pareja realizados por problemas de salud individuales (por ejemplo, Cerny et al., 1987; Sher et al., 2014) que son consistentes con sus resultados. Shnaider et al. (2015) ofrecen una posible explicación para estos hallazgos en el hecho de que la inclusión de la pareja en el tratamiento del TEPT permite intervenciones que se dirigen a una gama más amplia de cogniciones y comportamientos que sirven para mantener el TEPT y dificultan la recuperación (Fredman et al., 2014), pero incluyendo a sus parejas en TCC-C para el TEPT se ayuda a mitigar el efecto de éstos comportamientos (Fredman et al., 2015). Además, los comportamientos como la falta de comunicación, pueden interferir con la divulgación del trauma y la mala gestión de los conflictos, que pueden mantener los síntomas del trastorno. Por lo tanto, el tratamiento en un contexto diádico puede permitir a los médicos intervenir efectivamente en estos factores, minimizando así su influencia en los resultados del tratamiento. No obstante, los autores recomiendan que los estudios futuros deban tratar de replicar estos hallazgos dentro de muestras más grandes.

Con relación al objetivo secundario del estudio de Shnaider et al. (2015) de investigar el efecto de los problemas de relación en el pretratamiento en los resultados del funcionamiento de la relación dentro de TCC-C se encontró que los pacientes y sus parejas que iniciaron el tratamiento con dificultades en sus relaciones obtuvieron mayores ganancias en la relación en comparación con los que estaban satisfechos con sus relaciones previo al tratamiento. Estos hallazgos añaden soporte preliminar a la posibilidad de que algunos de los hallazgos nulos para los resultados de relación observado en estudios previos de TCC-C (por ejemplo, Monson et al., 2011, 2012, 2004; Schumm et al., 2013) pueden haber ocurrido debido a los altos niveles

medios de satisfacción de la relación de pretratamiento. Los comentarios anteriores de TCC-C han hecho hincapié en la importancia de establecer eficacia del tratamiento en las parejas con problemas de relación. Por todo lo anterior, este estudio demuestra el valor de la utilización de las intervenciones basadas en la pareja no sólo para los trastornos individuales de los pacientes y sus parejas, sino también para que las parejas con más problemas en sus relaciones reciban un mayor beneficio en este tipo de tratamientos.

## **2.) *Estudios de eficacia y efectividad de la TCC-C en la mejora de los resultados de salud mental del otro miembro de la pareja***

A la luz de la conocida asociación entre los síntomas de TEPT de una persona y el funcionamiento psicológico de su pareja íntima, los estudios han fallado al considerar sistemáticamente los efectos de estos tratamientos en la salud mental del otro miembro de la pareja no traumatizado directamente (es decir, la depresión, la ansiedad y la ira), y los ensayos que han examinado los juicios de la pareja han encontrado resultados mixtos (Devilley, 2002; Monson et al., 2011; Monson et al., 2005; Sweany, 1987; citados en Shnaider, Pukay-Martin, Fredman, Macdonald y Monson, 2014).

Dados los relativamente pocos estudios que han documentado los resultados de salud mental tras las intervenciones para el TEPT y las inconsistencias en la literatura disponible, se necesitaba investigación adicional para determinar si involucrar a la pareja en el tratamiento de TEPT conduce a mejoras en el funcionamiento psicológico y asegurar que la pareja no evidencie un empeoramiento como consecuencia de la participación en estos tratamientos.

Con el objetivo de arrojar luz sobre estas cuestiones Shnaider et al. (2014) utilizaron los datos del ensayo clínico controlado de Monson et al. (2012). Basado en estudios previos, se planteó la hipótesis de que, en comparación con la lista de espera para el tratamiento, las parejas en la condición de TCC-C para el TEPT mostrarían mejoras significativas en su funcionamiento psicológico en los dominios de la depresión, la ansiedad y el enfado

postratamiento, y que estas ganancias se mantendrían hasta 3 meses de evaluación de seguimiento. También, se planteó la hipótesis de que las parejas, que reportaron síntomas por encima de los puntos de corte clínicos sobre los resultados psicológicos previos al tratamiento, presentan mejoras confiables y clínicamente significativas en su funcionamiento psicológico en el postratamiento.

Es importante observar que ninguno de los cónyuges, que comenzaron el tratamiento con niveles de malestar clínicamente significativos, evidenciaron síntomas de empeoramiento (no fueron a peor). Por el contrario, hubo mejoras en los síntomas de salud mental de las parejas entre las personas con niveles clínicos de malestar.

Los resultados de este estudio sugieren que los beneficios de las intervenciones conjuntas para el TEPT pueden extenderse al otro miembro de la pareja no traumatizado de forma primaria. Dada la naturaleza sistémica y los factores interpersonales asociados con TEPT, los resultados de este estudio, junto con los de los ensayos no controlados previos (Monson et al., 2011, 2004), permiten que los autores sugieran que este tipo de terapia puede proporcionar una alternativa a los tratamientos individuales para el TEPT con el beneficio potencial de mejorar el funcionamiento psicológico del otro miembro de la pareja.

Asimismo, los autores plantearon que el enfoque de duración variable en el tratamiento podría ser beneficioso, en el cual el tratamiento finaliza sólo cuando el paciente, el cónyuge o la pareja ven que los síntomas del TEPT mejoran y hay satisfacción en la relación, respectivamente. Para ellos, las variables que pueden haber influido en los resultados son: los diferentes tipos de traumas a los que han sido expuestos influyen de una manera determinada en la relación de pareja, el estrés del desempleo y la variable sexo (en esta muestra han predominado los hombres).

Dentro de las limitaciones del estudio señalan el tamaño pequeño de la muestra y la utilización de medidas usadas para evaluar la relación de pareja.



Los autores concluyen planteando que la terapia conjunta cognitivo-conductual para TEPT, podría ser una alternativa a la terapia individual para TEPT con el beneficio potencial de mejorar la salud de la pareja.

### **3.) *La TCC-C para el TEPT y las creencias relacionadas con el trauma***

Macdonald, Pukay-Martin, Wagner, Fredman y Monson (2016) investigaron los cambios en la puntuación clínica a través del tratamiento de los síntomas de TEPT y las creencias relacionadas con el trauma calificados por el paciente utilizando los hallazgos del ensayo clínico de Monson et al. (2012) y los de Sautter et al. (2009). Como era de esperar, en comparación con la lista de espera, el uso del TCC-C para el TEPT se asoció con una mayor mejora en todos los síntomas de TEPT y las creencias y cogniciones relacionadas con el trauma de los participantes. Esta investigación fue muy importante porque hasta ese momento no había estudios previos que investigasen si la TCC-C para el TEPT se asociaba con cambios en las cogniciones relacionadas con el trauma.

Macdonald et al. (2016) citan las investigaciones que hacen referencia al hecho de que, después de la exposición al trauma, las personas que desarrollan TEPT suelen contar con una serie de creencias distorsionadas en las áreas de seguridad, confianza, control, intimidad (por ejemplo, Foa et al., 1999; McCann y Pearlman, 1990; Owens, Pike y Chard, 2001), y la culpa (Kubany et al., 1996; Nishith, Nixon y Resick, 2005; Resick, Galovski et al., 2008), y se cree que estas creencias contribuyen a la aparición y mantenimiento del trastorno (Foa et al., 1999; Ehlers y Clark, 2000). Como tal, las creencias son el blanco de varias pruebas basadas en la exposición individual y de grupo (por ejemplo, Foa y Rauch, 2004) de las terapias cognitivas (Diehle, Schmitt, Daams, Boer y Lindauer, 2014; Ehlers y Clark, 2000; Resick, Monson y Chard, 2008) para el TEPT, así como también lo son para el TCC-C para el TEPT (Monson y Fredman, 2012).

Los resultados del estudio de Macdonald et al. (2016) señalaron que las creencias, a menudo afectadas negativamente por un trauma (por ejemplo, la confianza, la intimidad) mejoraron significativamente en TCC-C para el TEPT en relación con la lista de espera. Esto puede ser debido al hecho de que la tercera fase de TCC-C para el TEPT apunta explícitamente a ayudar a que los pacientes y las parejas desarrollen creencias más equilibradas y realistas, utilizando estrategias cognitivas que sustituyan las cogniciones inadecuadas en la relación. Para ello, la pareja se une para considerar, de manera más equilibrada, otros pensamientos alternativos. Además de la flexibilidad cognitiva, estos ejercicios pueden ayudar a potencializar la participación de ambos en el proceso, lo que también puede proporcionar "pruebas" en tiempo real de unas nuevas creencias, más equilibradas (Por ejemplo, "Puedo confiar en que mi pareja no me juzgue por lo que pasó").

Este estudio también demostró que el uso de la TCC-C para el TEPT se asocia con mejoras en las cogniciones de culpa relacionados con el trauma, con tamaños del efecto similares o mayores que los resultados de los tratamientos individuales del trauma (Monson et al., 2006; Resick et al., 2002; citados en Macdonald et al., 2016). Una sesión de TCC-C para el TEPT, se dedica a las abordar las creencias acerca de la culpa y la responsabilidad relacionada con el trauma lo que supone mejoras en las creencias irracionales y en la justificación del suceso. Hubo un cambio del tamaño del efecto, de pequeño y mediano, sugiriendo mayores mejoras en TCC-C para TEPT que en la lista de espera, y este tamaño del efecto era similar al encontrado en el tratamiento de la terapia cognitivo-conductual individual para el TEPT (Resick et al., 2002, citado en Macdonald et al., 2016). El pequeño tamaño de la muestra, en este estudio, puede haber impedido la capacidad de detectar diferencias significativas entre las dos variantes a lo largo de la gama de resultados.

El éxito de un tratamiento basado en la pareja para el TEPT en la mejora de estas cogniciones es alentador y proporciona soporte para el uso de intervenciones cognitivas en el tratamiento del TEPT en pareja.

A pesar de que encontramos muchas fortalezas en este estudio, también hay algunas limitaciones que los autores señalan y en el futuro deben tenerse en cuenta: 1) el tamaño pequeño de la muestra puede haber afectado a la capacidad de detectar diferencias significativas entre las condiciones. 2) no se recogieron datos sobre las creencias del otro miembro de la pareja relacionados con el trauma, tales como las percepciones que tiene este otro miembro acerca de la experiencia traumática asociada con el TEPT de su pareja, lo cual es importante si recordamos los resultados del estudio de Renshaw y Campbell (2011) que encontraron que las compañeras que percibían que los miembros del servicio experimentaron acontecimientos potencialmente traumáticos presentaban menos problemas de relación que las compañeras que percibían que sus maridos no experimentaron estos eventos.

En resumen, los resultados de Macdonald et al. (2016) sugieren que los beneficios de la TCC-C para el TEPT se extienden a todos los grupos de síntomas de TEPT, incluyendo el embotamiento emocional y las cogniciones relacionadas con el trauma, y estas mejoras son similares a los encontrados en la terapia individual. Por lo tanto, los autores concluyen que estos resultados proporcionan apoyo a la utilización de un enfoque basado en la pareja para el tratamiento del TEPT, no sólo por su beneficio en el tratamiento de los grupos específicos de síntomas, sino también debido a su éxito al hacer frente a los procesos cognitivos relacionados con el trauma, que es la hipótesis de mantenimiento de los síntomas del TEPT.

#### **4.) *La TCC-C y su relación con el crecimiento postraumático y el grado de satisfacción en la relación***

El crecimiento postraumático (PTG, siglas en inglés) se define como un cambio psicológico positivo que puede surgir tras un evento traumático en la vida. Los factores interpersonales tienen una fuerte asociación con PTG y pueden ser elementos clave en la facilitación de su desarrollo. Como hemos visto, las respuestas de las personas cercanas pueden agravar el trauma. Compartir las percepciones, las interpretaciones y las creencias acerca del

trauma con personas muy cercanas se asocia positivamente con PTG (Calhoun y Tedeschi, 2014). Dada la importancia de los factores sociales en PTG, las intervenciones diádicas de TEPT pueden ser especialmente adecuadas para mejorar el desarrollo de PTG en individuos con TEPT.

Existe un estudio realizado por Wagner et al. (2016) con el objetivo de examinar los cambios en el PTG, utilizando los hallazgos del ensayo controlado aleatorio de Monson et al. (2012). En concreto, las metas del estudio fueron examinar el efecto de TCC-C para TEPT sobre PTG y examinar la asociación que tiene el PTG con la satisfacción de la relación antes del tratamiento, con el fin de determinar si influyó en el crecimiento de la satisfacción. Un objetivo adicional exploratorio fue examinar la asociación de PTG con sintomatología de TEPT antes del tratamiento.

Los resultados de este estudio revelaron que TCC-C para el TEPT facilitó el crecimiento postraumático, a pesar del relativamente breve enfoque que tiene TCC-C para el TEPT sobre éste. En este sentido, la participación en la intervención dio lugar a un moderado aumento del tamaño del efecto en las puntuaciones del crecimiento postraumático. Estos hallazgos sugieren que la presencia de apoyo en las relaciones íntimas, fomentadas en este tipo de intervención del trauma, así como el enfoque explícito en PTG en el tratamiento, puede ayudar a fomentar el crecimiento. Los autores explican sus hallazgos sobre la base de las siguientes consideraciones: PTG puede haber sido promovida por la pareja al discutir el trauma en conjunto, al abordar los obstáculos promoviendo PTG juntos y, por último, teniendo en cuenta el crecimiento de la pareja como una unidad en el contexto de la terapia. Estos hallazgos están en consonancia con investigaciones anteriores que han encontrado que la calidad de la relación está directamente relacionada con PTG, más que la existencia de la relación en sí (Barsakova y Oesterreich, 2009, citado en Wagner et al., 2016).

También, los autores señalan que los resultados de este estudio coinciden con investigaciones previas, en el sentido de que el tratamiento centrado en la explicación del

significado del trauma y en modificar las creencias desadaptativas asociadas al trauma, es básico para el desarrollo de PTG (Tedeschi, 1999). El hallazgo de que en el pretratamiento los síntomas de TEPT no están asociados con PTG fue consistente con la investigación anterior que sugiere que los síntomas y el crecimiento postraumático son construcciones independientes (Calhoun y Tedeschi, 2014).

El estudio tuvo algunas limitaciones. La primera, el tamaño de la muestra fue pequeño y la segunda, la mayoría de las parejas se mostraron satisfechas con la relación en el pretratamiento. Los autores sugieren que estos hallazgos deben ser replicados en muestras grandes y con dificultades, incluyendo aquellas con mayor diversidad racial/étnica y de género. Además, sólo un miembro de la diada tenía TEPT y completaron la medición de PTG. En este sentido, los autores recomiendan que las investigaciones futuras deban, en primer lugar, incluir medidas adicionales de este constructo para ser completado por ambos miembros de la pareja. En segundo lugar, en los casos de doble TEPT, sería conveniente examinar, por una parte, si la satisfacción baja versus la satisfacción alta en la relación de pretratamiento puede moderar la relación entre el tiempo y el tratamiento y, por otra parte, incluir la evaluación longitudinal de PTG en un seguimiento a largo plazo para determinar si las ganancias se mantienen, puesto que la investigación anterior indicó que PTG se ha mantenido en el tiempo.

A pesar de estas limitaciones, los autores concluyen que estos resultados iniciales sugieren que la terapia de pareja centrada en el trauma ayudó a promover un aumento significativo en PTG. En este sentido, la orientación de PTG en el contexto del tratamiento de TEPT diádico debe considerarse en el futuro, ya que aprovecha la importancia de las relaciones íntimas para promover el crecimiento.

### **5.3.2 Terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT centrada en el presente**

#### **5.3.2.1 Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos**

Con el objetivo de comprobar la eficacia de una versión centrada en el presente de la terapia conjunta cognitivo-conductual para el TEPT (TCC-C para TEPT) se realizó un estudio piloto (Pukay-Martin et al., 2015). Los autores justifican el estudio en el hecho de que, por varias razones, algunas personas y parejas pueden no desear hacer frente al trauma directamente y citan las investigaciones al respecto (Hembree et al., 2003; Tarrier, Liversidge y Gregg, 2006; Zoellner, Feeny, Cochran y Pruitt, 2003).

Como TCC-C está centrado en el trauma, requiere que las parejas debatan el suceso traumático del paciente y se involucren en actividades destinadas a superar la evitación relacionada con el trauma. En su formato actual, este tratamiento es inaccesible a parejas que son reticentes a participar en terapia centrada en el trauma. Aunque los estudios que investigan la preferencia por el tratamiento del TEPT sugieren que las terapias centradas en el trauma son bien recibidas, permanece una significativa minoría de clientes que prefieren terapias que no están centradas en el trauma (Tarrier et al., 2006; Zoellner et al., 2003, citados en Pukay-Martin et al., 2015).

En este sentido, es un objetivo de la investigación establecer todavía si este centro de atención en el suceso traumático es necesario para la mejora en los síntomas del TEPT y en el funcionamiento de la relación. Pukay-Martin et al. (2015) citan las investigaciones que sugieren que las intervenciones de pareja genéricas pueden producir mejoras significativas en la satisfacción de la relación y los síntomas de TEPT. Por ejemplo, se ha demostrado que la terapia de pareja conductual BCT (Jacobson y Margolin, 1979), que implica la práctica de las destrezas de comunicación y ejercicios conductuales para incrementar los intercambios positivos, lleva a la reducción de los síntomas de TEPT en veteranos, además de mejoras en el funcionamiento y satisfacción de la relación comparado con un control en lista de espera

(Sweany, 1987). La investigación en la terapia centrada en el presente individual para TEPT también sugiere que un foco de atención explícito en el trauma histórico puede no ser necesario para reducir los síntomas de TEPT (Schnurr et al., 2007; ambos citados por Pukay-Martin et al. (2015).

Para abordar este problema, se adaptó TCC-C para el TEPT en una terapia centrada en el presente que no se centra explícitamente en el suceso traumático del paciente. Similar a la terapia centrada en el trauma original, la versión centrada en el presente de la TCC-C para el TEPT abarca psicoeducación sobre el TEPT, intervenciones en la relación (práctica de las destrezas de comunicación y actividades de mejora de la relación), y una estrategia cognitiva diádica para abordar las creencias relacionadas con los síntomas y efectos del TEPT.

#### ***5.3.2.2 Aplicación del tratamiento y apoyo empírico***

En la línea a de dar respuesta a esta cuestión, el estudio piloto de Pukay-Martin et al. (2015) investigó la eficacia de una versión de TCC-C para el TEPT (no centrada en el trauma) centrada en el presente en un muestreo comunitario de siete parejas.

En general, los resultados de este estudio piloto sugieren un descenso en la gravedad de los síntomas del TEPT, asociadas a tamaños del efecto de mediano a grandes, con tasas de mejora fiables similar a aquellas encontradas en estudios previos de TCC-C para el TEPT (Monson et al., 2004, 2011; Schumm et al., 2013). Sin embargo, el tamaño de efecto del tratamiento y la tasa de remisión de diagnóstico es más bajo en la versión de TCC-C para el TEPT, centrada en el presente, que en estudios de la versión de TCC-C para el TEPT centrada en el trauma (Monson et al., 2012). Por lo tanto, el TCC-C para el TEPT centrado en el presente puede ser un tratamiento alternativo prometedor para parejas que no desean seguir terapia centrada en el trauma. Los autores comentan que estos resultados sugieren que un centro de atención directo sobre el trauma puede que no produzca necesariamente mejoras en los síntomas del TEPT. Utilizando un enfoque conjunto para el tratamiento del TEPT que no

esté centrado en el trauma, se pueden involucrar en el tratamiento efectivo para el TEPT un subconjunto adicional de individuos con el TEPT y sus parejas, mejorando las vidas de más personas que luchan con los efectos del trauma.

Por otra parte, los resultados de este estudio también demostraron mejoras de tamaño de efecto de pequeño a mediano en la satisfacción de la relación de la pareja del paciente, en una muestra de parejas que no presentaban necesariamente problemas de relación en el pretratamiento. Estas mejoras son consistentes con estudios previos de TCC-C para el TEPT (Monson et al., 2004, 2011; Schumm et al., 2013) y sugieren que TCC-C para el TEPT, centrado en el presente, puede ser útil para mejorar las satisfacción de la relación, aunque fueron sólo significativos para las parejas de los pacientes. Esta falta de significancia estadística, señalan los autores, está probablemente relacionada con el tamaño pequeño de la muestra.

Un último hallazgo digno de ser considerado tiene que ver con los comportamientos de “acomodación” del otro miembro de la pareja que disminuyeron del pretratamiento al post tratamiento, aunque no fueron directamente abordados en el tratamiento, lo cual puede ayudar a conseguir y mantener mejoras, a largo plazo, en los síntomas del TEPT (Fredman et al., 2014). Estos hallazgos son también extraordinarios porque esta disminución en el comportamiento de “acomodación” de la pareja ocurrió sin debate directo de evitación o comprensión.

Aunque los resultados de este estudio son prometedores, se debe tomar precaución a la hora de interpretar estos hallazgos. *En primer lugar*, el tamaño pequeño de la muestra ( $n = 7$ , con 6 parejas completando el tratamiento), limita la generalización de los resultados y el poder de detectar diferencias del pretratamiento al post tratamiento. *En segundo lugar*, debe ser reconocido que las mejoras mencionadas podrían haber ocurrido, en parte, debido al paso del tiempo.



Sobre la base de lo anterior, los autores recomiendan:

- a) que la investigación futura debería comparar TCC-C para el TEPT, centrada en el presente, con un grupo de control para determinar si los cambios con el tiempo son, de hecho, debidos a la terapia.
- b) La necesidad de comparar TCC-C para el TEPT, centrada en el presente, con tratamientos activos para el TEPT, tales como la versión de TCC-C para el TEPT centrada en el trauma o las terapias individuales para el TEPT centradas en el trauma, lo que ayudaría a determinar si TCC-C para el TEPT centrada en el presente es una alternativa viable a los tratamientos centrados en el trauma.
- c) Investigar también características, a nivel individual y de pareja, para determinar qué individuos pueden beneficiarse más de este tratamiento en términos de satisfacción de la relación (más de la mitad de los participantes estaban recibiendo alguna otra terapia antes de entrar al estudio, lo que puede haber afectado su actitud general hacia la participación en la terapia, incrementado su disposición para completar la terapia actual o mejorando los logros que ellos experimentaron). Por lo tanto, la investigación futura debería investigar el efecto de la experiencia de psicoterapia previa en los resultados para TCC-C, centrada en el presente, para el TEPT.

### **5.3.3 La terapia de enfoque estructurado**

#### ***5.3.3.1 Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos***

Sautter et al. (2009; Sautter, Armelie, Glynn y Wielt, 2011) han desarrollado un nuevo tratamiento basado en la pareja para el TEPT: la terapia de enfoque estructurado (*structured approach therapy*, en inglés, y cuyas siglas en inglés son SAT) que, al mismo tiempo, disminuye simultáneamente los problemas de relación de pareja.

La terapia de pareja de enfoque estructurado, SAT, es una terapia conjunta manualizada, organizada en el marco de la inoculación de estrés (Meichenbaum, 1994). La SAT incluye: (a) psicoeducación acerca de los efectos del trauma en la relación; (b) entrenamiento en comunicación empática; (c) mejora de la intimidad; (d) la participación del otro miembro de la pareja en la exposición en vivo. Las modificaciones al protocolo original de la SAT (para satisfacer mejor las necesidades de los veteranos de las guerras de Irak y Afganistán; Sautter et al., 2011) incluyen una serie de intervenciones adicionales, citando estos autores sus influencias teóricas, como el entrenamiento en comunicación empática y expresión emocional (Guerney, 2005) e intervenciones de activación conductual para aumentar la experiencia de emociones positivas (Jacobson, Martell y Dimidjan, 2001) y reducir el embotamiento emocional en las primeras sesiones (Sautter et al., 2009). Con esto se persiguió mejorar la capacidad de la pareja para el compromiso emocional en el inicio del tratamiento, lo que proporciona una base más estable para potenciar la intervención en la exposición en vivo y la comunicación del trauma (Jaycox, Foa y Morral, 1998, citado en Sautter et al., 2011) en posteriores sesiones de la SAT.

La SAT es un tratamiento fásico. En la psicoeducación sobre la enfermedad se hace una formación inicial conjunta de la enfermedad, y se enseña a las parejas para reconocer y comunicarse sobre la evitación de estímulos relacionados con el trauma y su efecto perjudicial sobre la relación. Las sesiones posteriores dan a las parejas las herramientas sobre regulación emocional (para enfrentar el aumento de la angustia como consecuencia de la disminución de la evitación) a la vez que aprenden a activar las emociones positivas, que aumentan con el apoyo y la tolerancia de la angustia (Linehan, Bohus y Lynch, 2007). También aprenden a regular la ansiedad y el embotamiento (Frederickson y Levenson, 1998, citado en Sautter et al., 2011).

El protocolo de tratamiento incluye sesiones de exposición basadas en la divulgación (en las que los veteranos revelan y discuten recuerdos y emociones relacionados con el trauma con sus parejas). Este proceso de divulgación se realiza gradualmente para exponer al veterano a emociones relacionados con el trauma, de tal modo que las parejas aprenden a acercarse, y a no

evitar los problemas relacionados con el trauma que han devastado su relación en el pasado, por lo que el veterano tiene múltiples ensayos de exposición para habituarse a las señales de ansiedad. Al mismo tiempo, cognitivamente, puede procesar el trauma en un contexto de apoyo. Lo anterior se basa en los hallazgos de que la divulgación de trauma de combate de los veteranos a su pareja disminuye el estrés postraumático (Balderrama-Durbin et al., 2013), mientras que mejora de calidad de la relación (Monk y Goff, 2013; citados en Sautter et al., 2015).

Es importante tener en cuenta que la SAT no implica exponer al veterano a la misma intensidad de las emociones relacionadas con el trauma como la exposición prolongada. En lugar de eso, la terapia de enfoque estructurado está diseñada para permitir oportunidades de habituación de la ansiedad durante el tratamiento, incluyendo la instrucción en: (a) la comunicación, (b) la regulación emocional, y (c) las habilidades de gestión de la ansiedad, para facilitar aún más el procesamiento cognitivo del trauma y permitir a la pareja que pueda seguir utilizando las prácticas de divulgación de confrontación del trauma y evitarlo mucho tiempo después de la conclusión de la SAT.

Comparando la TCC-C y la SAT, señalamos que ambos tipos de terapia para el TEPT comparten elementos similares: (1) proporcionan una amplia psicoeducación sobre el TEPT y sus efectos en las relaciones; (2) señalan estrategias relacionadas con las conductas de evitación, y (3) trabajan la mejora de las habilidades de comunicación de la pareja. Con respecto a las diferencias entre ambos tipos de terapia, la TCC-C destaca la modificación de las cogniciones desadaptativas de las parejas sobre el trauma, mientras que la SAT se dirige a las emociones relacionadas con el trauma que son destructivas para las relaciones usando para ello el paradigma de la inoculación del estrés (Foa et al., 1999, citado en Sautter et al., 2015) que proporciona a la pareja habilidades en regulación emocional y luego introduce procedimientos para activar las emociones relacionadas con el trauma. Durante el tratamiento con la SAT, el uso del otro miembro de la pareja como apoyo a la exposición en vivo (Daiuto, Baucom,

Epstein y Dutton, 1998) y la comunicación del trauma (Sautter et al., 2011) permiten la exposición gradual de la pareja a las emociones relacionadas con el trauma. La estrategia de utilizar la exposición en vivo y la comunicación del trauma, para aumentar la conciencia de la pareja sobre el trauma y su impacto en su relación, es promulgada después de que la pareja haya demostrado la voluntad y la capacidad de trabajar con el trauma de una manera que lo experimente como algo seguro y enriquecedor. El enfoque de la SAT en la regulación de las emociones se distingue del de la TCC-C, lo cual explicaría las mejoras en los problemas relacionados con el apego que se pretenden alcanzar con la SAT.

### ***5.3.3.2 Aplicación del tratamiento y apoyo empírico***

Existen tres estudios que muestran la eficacia de la SAT. Un primer estudio que presenta los resultados preliminares sobre la viabilidad y la eficacia de la SAT para reducir los síntomas de evitación del TEPT (Sautter et al., 2009). La intervención consistió en 10 sesiones que comprenden tres fases de tratamiento: (1) la psicoeducación sobre el TEPT y el aumento de la motivación; (2) el intercambio de comportamiento para mejorar la gestión de los comportamientos que producen aumento de los niveles de emociones positivas, y (3) reducción de la ansiedad asistida por el otro miembro de la pareja para hacer frente a la exposición a niveles crecientes de ansiedad. Las técnicas de inoculación de estrés modificados (Kilpatrick et al., 1982, citado en Sautter et al., 2009) se utilizaron, complementadas con intervenciones que proporcionaron formación en la comunicación y la resolución de problemas. En la cuarta sesión, las técnicas de reducción de ansiedad utilizando al otro miembro de la pareja se utilizaron para tratar las conductas de evitación de personas, lugares o situaciones asociadas al trauma, técnicas que se han mostrado eficaces en la reducción de la ansiedad en otros trastornos de ansiedad. Los resultados de este estudio sugieren que la SAT es una intervención factible que puede ser utilizado para tratar el TEPT, y que puede ser útil para reducir los síntomas de evitación del TEPT, que son claves en la perpetuación del TEPT. Este estudio proporcionó

evidencia preliminar, prometiendo que la incorporación de la pareja a la hora de abordar la terapia del TEPT, ayuda a mejorar los síntomas de embotamiento emocional más allá de lo que se ve normalmente en los tratamientos individuales. En concreto, la identificación de emociones y compartirlas en el contexto de la terapia conjunta puede servir como una exposición centrada en la emoción de la pareja con TEPT, lo que permite nuevos aprendizajes en relación con la "seguridad" de las experiencias emocionales. Los autores recomendaron la necesidad de que se realizasen más estudios de la SAT, utilizando diseños más controlados y un mayor número de sujetos.

Un segundo estudio fue realizado por Sautter, Glynn, Arsenau, Cretu y Yufi (2014) que aplicaron una variante de la SAT en siete veteranos de guerra y sus cónyuges. Los resultados mostraron que la SAT se asocia con reducciones, tanto clínicas como autoinformadas, de los síntomas del TEPT en los veteranos de guerra, al tiempo que redujo la depresión y la ansiedad en los cónyuges de los veteranos. Los resultados de este estudio también sugirieron que la SAT puede mejorar el funcionamiento de las relaciones en veteranos con TEPT y sus parejas, pero estos beneficios no son tan consistentes como otros beneficios informados por la SAT. Estos resultados están en consonancia con otros informes de tratamientos basados en la pareja para el TEPT, que también muestran que es un reto mejorar el funcionamiento de la relación en parejas con un compañero que sufre de TEPT.

Además, como ya se ha mencionado, la posibilidad de que la SAT puede ser utilizada para reducir la evitación asociada al TEPT tiene implicaciones importantes para el tratamiento del TEPT futuro. La SAT ofrece la promesa de aumentar la eficacia de los tratamientos basados en la exposición, al permitir que las personas con TEPT puedan expresar y compartir sus propias emociones más fácilmente.

Un último estudio fue el realizado por Sautter, Glynn, Cretu, Senturk y Vaughn (2015) a partir de los primeros resultados positivos con la SAT. El objetivo fue realizar un ensayo clínico aleatorizado de la intervención realizada con los veteranos de las guerras de Afganistán

e Irak que regresaban y que sufrían de TEPT relacionado con el combate. La intervención constaba de doce sesiones de tratamiento manualizado del TEPT que pretendía disminuir el estrés postraumático y sus síntomas concomitantes (p. ej., ansiedad, depresión) y, al mismo tiempo, mejorar la satisfacción de la relación de pareja y atenuar la ansiedad que se asocia con el apego y la intimidad de muchas personas traumatizadas (Johnson, 2013, citado en Sautter et al., 2015). Los autores planificaron un ensayo más riguroso y compararon la eficacia de la SAT con la eficacia de una intervención sobre educación de la familia (PFE) de doce sesiones manualizada y pensada para parejas con TEPT.

Los resultados de este ensayo clínico aleatorizado proporcionan pruebas de la eficacia de la SAT en el tratamiento del estrés postraumático relacionado con el combate en veteranos y de la ansiedad comórbida, al mismo tiempo que mejoraba su adaptación en la relación de pareja. Los beneficios se encontraron después del tratamiento y se mantuvieron en el seguimiento. La SAT tuvo un impacto más limitado sobre la depresión que sufrían los veteranos. Por lo tanto, este tratamiento de pareja para el TEPT relacionado con el combate parece tener un fuerte impacto terapéutico sobre el TEPT relacionado con el combate en veteranos que han regresado recientemente de la guerra o del despliegue.

Además, la SAT se asoció con mejoras significativas en la relación de ajuste del veterano, en la evitación del apego y del estado de ansiedad. Las parejas mostraron reducciones significativas en el apego ansioso. Sin embargo, los cónyuges en SAT no reportaron mejoras comparables en el estado de ansiedad o satisfacción de la relación como lo hicieron los veteranos.

A pesar de sus limitaciones, este estudio muestra que la SAT es eficaz en la reducción del TEPT en veteranos que regresan con altos niveles de estrés postraumático. Teniendo en cuenta la capacidad de la SAT para que las parejas puedan enfrentar y manejar juntos sus emociones relacionadas con el trauma, los autores señalan que el tratamiento puede ser especialmente útil

cuando los problemas en la regulación de las emociones y/o el embotamiento emocional son una característica central de la presentación del TEPT.

### **5.3.4 Terapia de pareja centrada en el trauma y en las emociones**

#### ***5.3.4.1 Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos.***

La EFT también se ha aplicado sistemáticamente a las parejas con dificultades que se ocupan de diferentes formas de estrés postraumático (Johnson, 2002). En la literatura científica se ha explicado cómo la integración de EFT y el tratamiento del trauma puede resultar eficaz en el tratamiento no solo de los problemas de relación de pareja sino también en los síntomas de la persona con TEPT (Johnson y Williams-Keeler, 1998; Johnson, 2002). La EFT, al intervenir directamente en el nivel de la relación de apego primario para el sobreviviente, crea el contexto directo para el desarrollo de una nueva experiencia emocional de la pareja. Si bien esto puede ser más difícil con sobrevivientes de trauma, tiene el potencial de ser profundamente restaurador (Brière, 1997; Paivio y Nieuwenhuis, 2001; citados en Johnson, 2002).

Usar la terapia emocional centrada en parejas con los sobrevivientes del trauma implica el reconocimiento de los efectos sistémicos del trauma en ambos cónyuges, creando fuertes lazos en las relaciones interpersonales para proporcionar una base segura para la curación del trauma. Esto implica el restablecimiento de la seguridad, la reestructuración de los vínculos de apego entre las parejas, reducir el malestar conyugal y cambiar los patrones que provocan o mantienen los síntomas de trauma.

La EFT parece ser particularmente apropiada para las parejas de trauma porque presta una atención explícita a la forma en que las emociones son exploradas, reconocidas, reguladas, e integradas en la relación. También, el hecho de que la EFT se centra explícitamente en la creación de confianza y apego seguro, proporciona, a decir Johnson y Williams-Keeler (1998) “un antídoto contra el aislamiento y la alienación que viene asociada a experiencias

traumáticas, y aumenta la sensación de conexión emocional” (p. 29). En este sentido, la EFT ayuda a las parejas en la obtención de apoyo social que, cuando se bloquea, se vincula a los desafíos en la recuperación de un trauma. Recordemos que los resultados de estudios y revisiones de la literatura (por ejemplo Brewin, Andrews y Valentine, 2000) corroboran la idea de que la presencia de apoyo social se convierte en un amortiguador contra el TEPT, mientras que la escasez de apoyo social hace más probable que el TEPT se manifestará en las personas que sobreviven a eventos traumáticos.

La EFT tiene su propia forma de definir la relación de las parejas afectadas por traumas. Como bien plantea Greenman y Johnson (2012) EFT también ofrece un mapa sistémico para entender el caos que los síntomas de TEPT y ansiedades asociadas crean en una relación de pareja y un mapa sistémico de tratamiento. Para Johnson y Williams-Keeler (1998) en los matrimonios de víctimas de trauma las emociones negativas, especialmente el miedo a ser herido por otros, tienden a ser más intensos que en otras parejas. Las interacciones de estas parejas se caracterizan, a menudo, por la extrema hipervigilancia y la reactividad y, también, por la evitación, la lucha o el distanciamiento emocional.

Estos autores describen como, a menudo, situaciones en las que uno de los miembros de la pareja puede sentirse vulnerables, tienden a ser evitados. El resultado es que la alienación y el aislamiento se apoderan de la relación y el compromiso emocional se convierte en provisional, si no se evita por completo. En las relaciones donde una persona está traumatizada, el retraimiento y la vergüenza tienden a ser especialmente problemáticos. Ésta última, frecuentemente, provoca o refuerza la evitación del contacto y el compromiso emocional. Las parejas traumatizadas tienden a verse, a sí mismas, no amadas e indignas de cuidado.

La EFT enfatiza el papel de las emociones en el cambio terapéutico. Las emociones claves se reestructuran en la seguridad de las sesiones de terapia. Nuevas emociones se pueden utilizar para mover a los cónyuges en nuevas posiciones con su pareja. Expresando sentimientos subyacentes primarios de miedo, por ejemplo, en lugar de ira cambian las señales,



y se evocan nuevas respuestas de la pareja. Esto facilita el cambio de los ciclos de interacción rígidos por interacciones más adaptativas.

Johnson et al. (2013) demostraron a través de una imagen de resonancia magnética funcional que la EFT puede fomentar un vínculo amoroso que proporciona seguridad a las parejas y calma el cerebro amenazado en medio de estímulos potencialmente peligrosos. O sea, la sensación de apoyo y la conexión emocional entre los miembros de la pareja proporciona una base segura que aumenta la tolerancia para la incertidumbre y la amenaza, lo cual parece proporcionar apoyo a las Teorías clásicas del apego.

Así, los resultados de Johnson et al. (2013) hablarían de cambios ocurridos a nivel cerebral mediante la terapia de pareja a través de amortiguar la percepción y la significación de las amenazas (mediante el apoyo entre los miembros de la pareja en situaciones amenazantes) evitando así la necesidad de autorregulación por sí (a través de estrategias cognitivas), si bien se observó que este tipo de regulación social de la amenaza percibida podía favorecer dichos procesos de autorregulación frente a la amenaza cuando los pacientes estaban solos. El trabajo de estos autores está basado en la obra de Coan, Schaefer y Davidson (2006) que descubrieron que las personas en relaciones de mayor calidad en sus relaciones de pareja se benefician de mayores efectos reguladores sobre los sistemas neuronales que apoyan la respuesta al estrés del cerebro, incluyendo el componente afectivo del procesamiento del dolor (por ejemplo, en *Insula anterior derecha*) y la regulación del hipotálamo. Por otra parte, los autores sugirieron que la *ocitocina*, propuesta como uno de los mecanismos a través del cual se obtienen los beneficios positivos del apoyo social, podía haber actuado como un mediador de la atenuación de la actividad neural relacionada con la amenaza.

Además, el potencial de la EFT para convertirse en un poderoso enfoque para ayudar a las parejas que atraviesan el trauma de la enfermedad terminal ha sido examinado usando un enfoque teórico (Tie y Poulsen, 2013).

De acuerdo con la EFT, para que una persona pueda conectar emocionalmente con su pareja, debe percibirlo como disponible y receptivo, pero también debe percibirse a sí mismo como fundamentalmente merecedor de amor y seguridad (Johnson, 2002). La vergüenza y las consecuencias intrapersonales del trauma, ya mencionadas, pueden causar estragos en las relaciones (Dorahy et al., 2012; Johnson, 2002; Lee, 2008; citados en Karris y Caldwell, 2015).

En la medida en que las personas se experimentan a sí mismas dañados (por ejemplo, el grado en que experimentan vergüenza), se hace cada vez más difícil acercarse a la pareja, mostrar vulnerabilidad y confiar en que el cónyuge lo aceptará. En Karris y Caldwell (2015) se hace una integración teórica de la conceptualización de la autocompasión de Neff (2003) y de Gilbert (2010) en la EFT para el beneficio tanto del terapeuta como de las parejas afectadas por el trauma y la vergüenza. La capacidad de poder regular las emociones, calmándose a través de intervenciones de autocompasión, podría mejorar la EFT al permitir que el paciente traumatizado, o las personas llenas de vergüenza, logren un estado más tranquilo en sesión y experimenten una mayor capacidad de participación en el proceso terapéutico con su pareja. Las parejas que son capaces de aprender intervenciones de autocompasión en la sesión y practicarlos en casa, pueden moverse a través de la fase I más rápidamente y luego continuar a la fase II, que consiste en invitar a las parejas a lograr un vínculo emocional más seguro y poder sanar heridas en áreas de la psique (Johnson, 2002, 2004).

Por consiguiente, el objetivo general del tratamiento es ayudar a las parejas a ser más conscientes de sus patrones de interacción negativos y superarlos mediante el establecimiento de una conexión emocional segura.

La EFT, en este contexto de trauma, incorpora los nueve pasos de la EFT convencional y también abarca las tres etapas del autodesarrollo “constructivista” de la teoría de tratamiento de los traumas (Johnson y Williams-Keeler, 1998). Estos autores refieren el hecho de que la EFT se ha delineado en nueve pasos que son paralelos a las tres etapas de un tratamiento traumático

articulado por McCann y Pearlman (1990). Estas tres etapas son: (1) la estabilización, (2) la construcción del *self* (o yo) y de las capacidades de relacionarse, y (3) la integración.

En **la primera etapa**, los primeros cuatro pasos pueden ser considerados estabilizadores. Después de la evaluación inicial (paso 1), se identifican los ciclos de la relación y los patrones y los sentimientos subyacentes (pasos 2 y 3), y los patrones negativos de interacción son entonces enmarcados como el problema (paso 4). Para las víctimas de trauma y sus parejas esto implica la comprensión de la naturaleza del trauma y cómo ha afectado a cada uno de los miembros de la pareja y cómo el trauma define la relación, comprendiendo, también, los ciclos de su relación y cómo sus maneras de afrontamiento de la angustia mantienen el trauma. Quiere decirse que se les explica a las parejas que los ciclos negativos y las experiencias traumáticas han secuestrado su relación. En esta etapa el terapeuta describe y valida la lucha de la pareja para hacer frente a los efectos del trauma y cómo esta lucha, sin darse cuenta, crea los ciclos que les llevan a los problemas de relación. Por ejemplo, los ataques de ira se colocan en el contexto de una respuesta a la experiencia traumática y los ciclos actuales en la relación. Una alianza fuerte con el terapeuta facilita este proceso.

Las parejas de los supervivientes, a menudo, no tienen claro el sentido de cómo el trauma afecta a la relación y, menos aún, de cómo responden. Johnson y Williams-Keeler (1998) señalan que:

A menudo los cónyuges tienen solo una idea superficial del trauma en sí y pueden ser incapaces de comprender las respuestas de su pareja sin la ayuda del terapeuta. En medio de su propia frustración y angustia, la pareja también puede minimizar o reducir el trauma experimentado por el otro; esta respuesta es, a menudo, hiriente para la pareja traumatizada y dañina para la relación. (Johnson y Williams-Keeler, 1998, p. 31)

Por eso, en EFT el miembro de la pareja no traumatizada también tiene la oportunidad de compartir cómo él o ella han sido afectados por el trauma y cómo la experiencia traumática y los síntomas de TEPT han limitado la relación. Pasar a la etapa II, hacia el intercambio de emociones primarias vulnerables, puede ser difícil de lograr con parejas traumatizadas (Johnson, 2002).

En *la segunda etapa*, los pasos 5-7 pueden ser vistos como la construcción del *self* y las capacidades de relacionarse. Se admiten los anhelos y temores que surgen en la relación (paso 5), la aceptación de estos por la pareja (paso 6), seguido por la petición de necesidades que deben cubrirse de una manera que evoca la capacidad de respuesta empática de esta pareja (paso 7). En esta etapa de la terapia, lo esencial es ayudar a los miembros de la pareja a hacer frente al trauma en nuevas formas de relación que, en realidad, los unen mediante el fomento del contacto y la confianza, creando activamente la relación como un refugio seguro donde los miedos pueden ser confrontados y calmados, el dolor compartido, la vergüenza modificada y la ira reprocesada. Este proceso genera confianza y le da a cada pareja un sentido de eficacia. El foco está en el reprocesamiento de las emociones, que significa, como ya se ha dicho, acceder a las emociones primarias que subyacen en la relación. Los terapeutas destacan los patrones de comunicación que se producen en las sesiones, y ayudan a las parejas a que aprendan acerca de sus emociones subyacentes y de las necesidades de apego que crean interacciones problemáticas (Johnson, 2004; Johnson y Greenman, 2006). Por ejemplo, a través de intervenciones, los supervivientes pueden reconocer un miedo desesperado a ser heridos que les conduce a la rabia (conductas de persecución) y/o al embotamiento (que les lleva a la retirada). Entonces, con la ayuda del terapeuta, son capaces de pedir seguridad—y aceptación de una manera que permite al otro dar una respuesta positiva, en términos de acercamiento y comprensión. Johnson y Williams-Keeler (1998, p. 32) señalan que: “en estos procesos — reprocesamiento del afecto negativo, creación de nuevas interacciones de confianza y redefinición del sentido del *self*— evolucionan todos juntos”.

Está claro que las emociones negativas se exploran y se expresan en la EFT, pero de una manera contenida para que los miembros de la pareja puedan permanecer comprometidos de forma coherente con su experiencia en el proceso interactivo. En este sentido, la tensión se mantiene en niveles manejables (lo cual es muy importante para los sobrevivientes del trauma, que presentan una mayor vulnerabilidad al estrés). Como ya hemos comentado en otro momento de esta tesis doctoral, expresar vulnerabilidad y emociones negativas resulta difícil. La vulnerabilidad puede implicar correr el riesgo de pedir ayuda con los síntomas del trauma (*flashbacks*, por ejemplo), o correr el riesgo de expresar los temores específicos, heridas y penas. La alianza terapéutica y la estructura de las sesiones garantizan esa contención dentro de la sesión.

Como bien plantean Greenman y Johnson (2012), cada miembro de la pareja se convierte en un indicio de seguridad para el otro. El auténtico contacto disminuye la percepción de la amenaza y aumenta la capacidad de manejar el estrés. Por esta razón, en la EFT, en los momentos de la comunicación guiada, o promulgaciones, el terapeuta se centra, de manera específica, en las expresiones de la vulnerabilidad y tristeza, y no en la generación de soluciones a problemas específicos. Para que las parejas puedan abordar problemas particulares en detalle tienen que llegar a la Etapa III, una vez que la relación se ha convertido en una base segura para que exploren soluciones.

En **la tercera etapa**, que abarca los dos últimos pasos de la EFT (8 y 9), están integradas dentro de la relación nuevas maneras positivas de afrontamiento con los problemas relacionados con el trauma y nuevas posturas de interacción, paralelamente a la fase de integración del tratamiento del trauma. Como resultado, los nuevos patrones positivos de la interacción se autorrefuerzan (la confianza y confianza engendran más confianza y confianza) y siguen proporcionando a las parejas una base de seguridad desde la cual se puede continuar haciendo frente a los efectos del trauma y también se desarrolla una perspectiva menos estresante para las dificultades en la relación.

Las nuevas interacciones, que pueden ocurrir primero sólo en la sesión con la dirección del terapeuta, como pedir seguridad, tranquilidad y apoyo, ahora empiezan a ocurrir fuera del período de sesiones. La relación ya no está definida y organizada sólo en términos del trauma, sino que llega a tener una vida propia. En este punto de la terapia, al completar la pareja el proceso de la EFT, es capaz de encontrar soluciones colaborativas a las cuestiones en curso del trauma, tales como las fechas de aniversario y otros recuerdos, y relaciones sensibles que pueden tardar muchos años en mitigarse.

Greenman y Johnson (2012), al describir esta etapa con parejas afectadas por traumas, mencionan el hecho de que una vez que una pareja ha vuelto a establecer un lazo emocional seguro, es útil discutir los problemas antiguos que provocaron su ciclo de interacción negativo en el inicio del tratamiento. El terapeuta refuerza la nueva forma de la pareja de interactuar el uno con el otro: en lugar de culparse o ponerse a la defensiva, son ahora capaces de hablar abiertamente de sus miedos y su confusión y de apoyarse mutuamente, una vez que envían y reciben señales claras de angustia y tristeza. A lo largo de este proceso, el terapeuta sigue los procesos de interacción y emocionales y, gradualmente, la pareja es capaz de alcanzar un mayor compromiso emocional y movimientos más sensibles en la danza interaccional (Johnson, 2002).

Las tres etapas de la EFT y las intervenciones que se acompañan están diseñadas para apoyar el proceso de cambio y ayudar a las parejas a crear nuevos modelos de comunicación (Greenman y Johnson, 2013; Johnson, 2002).

A lo largo de las etapas de la EFT, las intervenciones como reflejos empáticos, validación, respuestas evocadoras, elevación, conjeturas empáticas y promulgaciones ayudan a las parejas a tener más conciencia de sus respuestas emocionales y de los patrones de interacción, manteniendo a los cónyuges en el momento presente (Johnson, 2002, 2007). Estas intervenciones experimentales pueden ser utilizadas para aumentar a cada paciente su propia conciencia de sus emociones y las de su cónyuge, y permitir un acceso más profundo a sus

necesidades de apego (Zuccarini et al., 2013). En este acceso y reprocesamiento de las emociones, por ejemplo, mencionan Johnson et al. (1998), se puede ayudar a la pareja a acceder a la desesperanza que subyace a las conductas de retirada/evasión, o el dolor y la desesperación que subyacen a una posición de ataque/persecución. Cuando se utilizan estas intervenciones en conjunto se ayuda al miembro de la pareja que suele retirarse a volver a comprometerse en la relación (Zuccarini et al., 2013) y al cónyuge que suele perseguir y criticar al otro a ablandarse (Bradley y Surco, 2004, citado en Greenman y Johnson, 2013), proporcionando espacio para que la pareja vuelva a conectar y fortalecer su vínculo de apego. Estas intervenciones también allanan el camino para promulgaciones en las que el terapeuta invita a los cónyuges a responder al otro miembro de la pareja, centrándose en sus experiencias actuales y en sus emociones recién reveladas (Tilley y Palmer, 2013). En última instancia, las parejas establecen formas sanas de responder al otro (Johnson y Greenman, 2006).

Por eso, el terapeuta de la EFT trabaja tanto a nivel intrapsíquico como a nivel interpersonal. En el nivel interpersonal/sistémico, el terapeuta refleja y reformula los patrones y los ciclos en la interacción y directamente coreografía nuevas interacciones y eventos específicos de cambio (Johnson, 2007). En el nivel intrapsíquico, trabaja con el reprocesamiento de las emociones.

Como hemos señalado anteriormente al explicar las etapas y los pasos en la EFT, esta organización de las intervenciones no es rígida, si no que todas las etapas o pasos pueden ser continuamente activos y pueden ser denominados o experimentados por ambos miembros de la pareja, y el terapeuta continúa con una relación terapéutica dinámica. Para una descripción más explícita de estas etapas véase Johnson y Williams-Keeler (1998) y Johnson (2002).

#### ***5.3.4.2 Aplicación del tratamiento y apoyo empírico***

Con relación a la aplicación del tratamiento de la ETF en parejas con algún miembro traumatizado podemos enumerar las siguientes aplicaciones:

**1.) *La EFT en el trabajo con parejas militares***

La EFT, con su enfoque en el apego y afecto, puede contribuir a crear un buen ajuste entre las parejas militares (Johnson y Rheem, 2006). Al abordar los impactos de un traumatismo en la dinámica de la pareja y ayudar a que los cónyuges de los supervivientes se convierten en fuente de apoyo, los síntomas del trauma de los soldados pueden ser mejor contenidos y mejorados.

Rheem, Woolley y Weissman (2012) ofrecen algunas fortalezas y algunas limitaciones en el trabajo con parejas militares que son la población más parecida a nuestra muestra de investigación. Rheem et al. (2012) plantean que una de las fortalezas de la EFT con las parejas militares se basa en el hecho de que el terapeuta de la EFT enmarca la nueva misión de la pareja como una lucha contra los efectos de trauma en la pareja, y este planteamiento puede resultar bien aceptado dentro de la cultura militar. Otro punto fuerte de la EFT con las parejas militares es su capacidad para trabajar con las defensas de cada uno de los miembros de la pareja. El terapeuta de la EFT valida la necesidad de defensas fuertes y se ayuda a que la pareja pueda dar un sentido a las mismas, se explora el significado y el contexto en que han aparecido y se mantienen. A medida que se desarrolla este proceso, los temores son mejor tolerados, y las defensas se vuelven más permeables. Estas exploraciones y descubrimientos se integran en el patrón de interacción de la pareja. En la EFT con parejas militares, el terapeuta también insiste en la necesidad de flexibilidad para adaptarse a estar en casa de nuevo. Partiendo del hecho de que para las parejas militares compartir temores y pedir seguridad puede ser particularmente arriesgado y poco familiar, el terapeuta de la EFT normaliza la dificultad y extrañeza que se siente al tocar nuestros temores humanos básicos y luego valida la necesidad de pedir seguridad a un ser querido. En sesión, el terapeuta de la EFT ayuda a cada miembro de la pareja a tolerar miedos personales y escuchar los temores de su pareja y ayuda para que cada uno pida seguridad al otro. Se trabaja con el hecho de que la creación de una pareja unida nos ayuda a tratar con nuestros miedos y los ecos de la batalla y, en este proceso, nos fortalecemos.



Dentro de las limitaciones de la EFT con parejas militares, Rheem et al. (2012) plantean que la mentalidad de los militares de no experimentar, expresar o divulgar vulnerabilidades puede hacer que las terapias experimentales sean difíciles. A menudo, debido a la sensación de vergüenza y el miedo a no ser comprendidos o aceptados, hablar con los civiles, incluidos las parejas, puede ser muy difícil. Otra limitación que plantean los autores es el hecho de que los soldados, a menudo, presentan una gran variedad de enfermedades concomitantes, como los trastornos del estado de ánimo graves, adicciones, lesión cerebral traumática, y otros problemas médicos, que deben abordarse. La terapia de pareja puede verse sobrecargada por estas cuestiones si ellos no son atendidos en otros recursos por estas causas. A menudo, los síntomas del TEPT son tan intensos que impiden a las personas estar presente con contenidos emocionales. Ante todo esto, los autores realizan una serie de recomendaciones cuando se trabaja con parejas militares.

Ellos recomiendan que cuando se trabaja con parejas militares, el terapeuta de la EFT necesita construir y supervisar la alianza terapéutica con cuidado. La transparencia y la colaboración son vitales para transmitir el respeto por el miembro del servicio y la relación. Ofrecer lógica (o puede ser racionalidad) frecuentemente en las primeras etapas de la terapia es importante y ayuda a aumentar la seguridad, la previsibilidad y la comodidad. Es importante no hacer suposiciones acerca de las experiencias militares o de combate y para pedir más detalles cuando no se está seguro, debido a las singularidades esas experiencias. Se trata de conseguir que el soldado se sienta entendido y respetado. Cuando se trabaja con parejas militares, el terapeuta de la EFT también tiene que moverse lentamente al ayudar a cada miembro de la pareja a explorar y revelar sus emociones. Sobre la base de su cultura y de misiones militares, como se ha dicho anteriormente, la necesidad de cerrarse emocionalmente es un mecanismo de supervivencia. Como bien plantea Johnson (2002), debido a que las necesidades de apego son más altas en los pacientes traumatizados y, al mismo tiempo, el compromiso emocional se experimenta como más peligroso, los pasos hacia un compromiso más emocional son más

pequeños, pudiendo aparecer bloqueos con más frecuencia y “callejones sin salida” (Johnson, 2002, p. 60).

**2.) *La EFT en el contexto de los sobrevivientes de abuso sexual infantil (físico o sexual)***

La evidencia de los estudios recientes sugiere que las personas que sufrieron abuso físico, emocional o sexual, durante la infancia tienen más probabilidades de experimentar problemas en sus relaciones como adultos e insatisfacción con sus relaciones de pareja y altas tasas de separación y divorcio que las mujeres que no sufrieron ningún abuso (Watson y Halford, 2010; Colman y Widom, 2004; Nelson et al., 2002). Una historia de abuso infantil parece crear dos obstáculos al formar relaciones estrechas en la edad adulta (Whiffen y Oliver, 2004): aumento de la angustia intrapsíquica y el deterioro de la capacidad para la intimidad (todos citados en Dalton, Greenman, Classen y Johnson, 2013).

Macintosh y Johnson (2008) argumentan que, a través de la EFT, los terapeutas ayudan a las parejas, en las que uno de sus miembros ha sido abusado sexualmente en la infancia, en la creación de experiencias emocionales donde las expectativas y temores mutuos pueden ser revisados. Un vínculo más seguro con la pareja crea un refugio seguro que ayuda al sobreviviente de abuso sexual infantil a regular su dolor, la ira y el miedo de manera positiva y conseguir una mejoría en su relación. Esta nueva relación ayuda a que el superviviente esté de acuerdo con la reexperimentación de síntomas cargados de emoción, tales como pesadillas, pensamientos intrusos y *flashbacks* de una manera constructiva. Si no existiese esta relación de aceptación, comprensión y apoyo que genera seguridad, el sobreviviente puede sustituir las emociones negativas por estrategias de regulación tales como la autolesión o la disociación. Estos autores enfatizan en el hecho de que la vergüenza y la culpa tienen que ser validados, trabajados, y/o contenidos para facilitarle a las parejas superar su trauma y expresar sus necesidades y sentimientos, haciendo un espacio para escuchar las necesidades de su pareja. Las necesidades de apego, concluyen, deben ser normalizadas y validadas.

Como bien plantean Macintosh y Johnson (2008), la externalización específica del trauma en la relación, incluyendo el uso de las imágenes, la psicoeducación y las interpretaciones explícitas del ciclo de interacción negativa, es fundamental. Los terapeutas pueden ayudar al miembro de la pareja traumatizado a que exprese “los secretos” asociados al trauma y eso puede ser un elemento importante en el proceso de curación, tanto para el individuo como para la pareja.

Estos autores recomiendan que un terapeuta deba intervenir en las inundaciones de vergüenza de los pacientes, basándose en el trauma, mediante la dirección que marque la víctima. Ver como su pareja responde a esto de forma amorosa en el presente puede proporcionar un poderoso puente entre el trauma y las nuevas posibilidades de curación de la relación presente. El terapeuta facilita nuevos ciclos de comportamientos y, a través de todo el proceso, el sobreviviente de abuso sexual infantil puede confirmar una percepción positiva del cónyuge que permite la reelaboración continua y la integración de la experiencia traumática. La aceptación y la tranquilidad de la pareja en los eventos de cambio claves también son hipótesis de un aumento de la autoestima, pues un problema habitual en este tipo de traumas es que las personas no se sienten dignas de ser amadas. El apoyo a los sobrevivientes de trauma a la hora de tomar algún riesgo, como pedir lo que necesitan, puede ser profundamente transformador y un antídoto a la vergüenza. Macintosh y Johnson (2008) plantean que:

La investigación en curso sobre el trauma subraya la evidencia clínica de las dificultades encontradas en el mantenimiento de un nuevo aprendizaje en el contexto de estímulos emocionalmente perturbadores. Las áreas del cerebro involucradas en el procesamiento verbal y la memoria verbal se desactivan en los sobrevivientes de TEPT cuando son expuestos a condiciones experimentales de carga emocional (Rauch y Shin, 1997). (...) El nuevo aprendizaje en la relación puede entonces ser interrumpido tan pronto como

un disparador traumático se active o se produzca una amenaza a la seguridad emocional vigilada selectivamente. (Macintosh y Johnson, 2008, p. 311)

Esto sugiere que los terapeutas de la EFT podrían centrarse especialmente en la tramitación de esta incapacidad para considerar las posibilidades positivas que conduzcan a los cambios en la confianza. En el estudio de Macintosh y Johnson (2008), los supervivientes que aprendían a confiar en sus parejas parecían tener mayor capacidad para diferenciar el pasado del presente, identificaban los factores desencadenantes de trauma, y expresaban mejor sus respuestas emocionales que otros sobrevivientes de abuso sexual infantil.

Con relación al apoyo empírico de la EFT como un tratamiento para parejas con TEPT y para la mejora de la satisfacción en la relación en estas parejas, existe evidencia preliminar de la eficacia de la EFT como un tratamiento para el TEPT en cuatro estudios y para la mejora de la satisfacción en la relación en estas parejas. El primero de ellos es el referido estudio de Macintosh y Johnson (2008) cuya muestra estaba formada por 10 parejas con un nivel muy alto de problemas de relación, en el que uno de los miembros de la pareja tuvo abuso sexual en la infancia y cuyos síntomas cumplieron con los criterios del diagnóstico para el TEPT. En este estudio se demostraron disminuciones clínicamente significativas en los síntomas de TEPT. Si bien es cierto que se encontró que, en particular, los síntomas de trauma tales como la desregulación emocional y la hipervigilancia se identificaron como aquellos que desempeñaban un papel importante, y como retos que los sobrevivientes experimentaban a la hora de participar plenamente en el proceso de la EFT.

En este estudio, la mitad de las parejas reportaron aumentos clínicamente significativos en los valores medios de satisfacción de la relación. El cambio medio en la satisfacción de la relación en la muestra global de sobrevivientes superó el punto de corte para la significación clínica. Tres parejas informaron deterioro en la media de satisfacción de la relación en el transcurso de la terapia. La hipótesis de que las parejas de sobrevivientes de abuso sexual

infantil informarían mejoría clínicamente significativa en relación con la satisfacción en el transcurso de la terapia fue entonces parcialmente apoyada. Los autores encontraron una explicación a estos hallazgos en la alta tasa de parejas de doble trauma, la prevalencia de sintomatología de TEPT complejo en estas parejas, el número limitado de sesiones, y las puntuaciones bajas de la EAD entre los supervivientes durante el pretratamiento. Teniendo en cuenta esto, la tasa de mejora de satisfacción de la relación fue alentadora y garantiza una mayor exploración de este modelo de intervención. Los investigadores también utilizaron las normas para la satisfacción de la relación en una población no clínica ambulatoria que, dado el hallazgo consistente de los niveles bajos de satisfacción en relación con los sobrevivientes de abuso sexual infantil, se transmitió la sensación de que puede haberse usado un estándar excesivamente estricto con el que comparar estas parejas. Los puntos de corte en problemas de ajuste para las parejas de trauma pueden ser más bajos que los de las parejas no traumatizadas (Gordon Walker, Johnson, Manion y Cloutier, 1992). Estos resultados fueron más bajos que los resultados observados para la TCE con parejas no traumatizadas (Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler, 1999, citado en Macintosh y Johnson, 2008).

El segundo estudio sobre la eficacia de la EFT es un estudio piloto con parejas en las cuales uno de los miembros de la pareja era un veterano de guerra que sufría TEPT (Weissman et al., 2011).

El estudio exploró si participar en la EFT podía ayudar a reducir los síntomas psiquiátricos y el malestar individual y aumentar la satisfacción marital. Siete parejas completaron el protocolo. Los veteranos fueron evaluados antes y después del tratamiento en las medidas de TEPT, depresión, ansiedad, calidad de vida y satisfacción marital. Sus parejas completaron medidas pretratamiento y postratamiento de ansiedad, calidad de vida y satisfacción marital. Las parejas presentaban historias complejas y complicadas. Los resultados del estudio evidenciaron disminuciones estadísticamente significativas en los síntomas de

TEPT de los veteranos, una reducción de los trastornos psicológicos y una mejoría estadísticamente significativa en la satisfacción marital.

El tercer estudio fue realizado por Naamán (2008), que descubrió reducciones estadística y clínicamente significativas en los síntomas de TEPT en las mujeres que sufrían de cáncer de mama después de un curso de EFT para 12 parejas, mientras que las parejas en su condición de control no mostraron cambios significativos. Después de diez sesiones de EFT se observaron cambios moderados en el ajuste de las parejas.

En el cuarto estudio, Dalton et al. (2013) detectaron una mejora significativa en la satisfacción de la relación de pareja ( $n = 24$ ) de las mujeres que habían sido sometidas a abuso intrafamiliar en la infancia (sexual o físico), cuyos problemas de relación eran muy elevados y que participaron en 20 sesiones de EFT para parejas, aunque la reducción en los síntomas de trauma no resultaron estadísticamente significativos. Esta reducción en los problemas de relación de las parejas resultó sorprendente dado que el abuso infantil que sufrían las mujeres en el estudio no fue solo grave, sino que también estaba en la mayoría de los casos cometidos por un miembro de la familia. Estos resultados demuestran la eficacia de la EFT para el sufrimiento relacional en los supervivientes del trauma y fueron discutidos a la luz de la literatura clínica relevante. Los autores señalan que esta reducción de los problemas de relación que estas parejas experimentaron evidencia que podrían haber sido capaces de vencer algunos de sus miedos para conectar con sus cónyuges en un nivel significativo. Por lo tanto, la EFT parece ayudar a mujeres y a sus compañeros a superar algunos de los efectos negativos del abuso infantil en sus relaciones adultas. A la luz de estos hallazgos, la EFT para parejas es una opción viable para ayudar a las parejas a que puedan establecer un contacto íntimo seguro que es la fase final y paso crucial hacia la plena recuperación de un trauma (Herman, 1992).

Aunque esta línea de investigación está en su infancia y solo dos de estos estudios incluían grupos de control (Dalton et al., 2013; Naamán, 2008), Greenman y Johnson (2012) plantean que los resultados son consistentes para que la EFT sea propuesta como un tratamiento

útil para el TEPT y la reducción de los problemas de relación de pareja. Para estos autores, si la regulación del miedo es el objetivo más básico en el tratamiento del trauma, el antídoto innato y natural para ese miedo, tal y como Bowlby (1980) plantea, es el contacto con la seguridad del apego en la relación de pareja. La disponibilidad de la pareja en el proceso de tratamiento disminuye la necesidad de disociación y permite que el miedo sea confrontado. En este proceso la pareja se alía contra las incursiones de trauma, en lugar de convertirse en víctimas del mismo.

Greenman y Johnson (2012) concluyen que, como sugiere la evidencia científica del vínculo entre apoyo social y TEPT, la percepción de apoyo por parte de la pareja parece ser una vital contribución para el restablecimiento de conexiones interpersonales que son cruciales para sobrellevar los efectos del TEPT.

## 5.4 Conclusiones

En este capítulo nos hemos centrado en la aplicación de la terapia de pareja a aquellos trastornos mentales más comunes que existen en víctimas del terrorismo (depresión, trastornos de ansiedad y el estrés postraumático) y cuyo impacto en la calidad de la relación de pareja ha sido descrita en el capítulo anterior. A continuación, ofrecemos las principales conclusiones de las aplicaciones de la terapia de pareja encontradas en la literatura revisada para cada uno de estos trastornos, aunque no hemos encontrado tratamientos específicos de parejas publicados en víctimas de terrorismo:

### 1.) *Con relación a la depresión*

- a) Las intervenciones de pareja para la depresión tienen como objetivo reducir los problemas de relación y aumentar el apoyo entre los miembros de la pareja. Otros factores que justifican estas intervenciones son (a) no todas las personas con depresión mayor responden a los medicamentos antidepresivos o desean tomarlos, debido a sus efectos secundarios; (b) las tasas de recaída después de la farmacoterapia son

aproximadamente el doble de las de las tasas de recaída después de la psicoterapia, al año del tratamiento (65% frente a 29%, Vittengl et al., 2007, citado en Carr, 2014).

- b) La eficacia de la terapia de pareja en el tratamiento de la depresión ha quedado demostrada en un metaanálisis de ocho ensayos controlados y varias revisiones narrativas (Barbato y D'Avanzo, 2008; Whisman y Beach, 2012; Whisman et al., 2012).
- c) Estas investigaciones apoyan varias conclusiones principales sobre el tratamiento de la depresión con terapia de pareja: las intervenciones de pareja son más eficaces que ningún tratamiento y son tan eficaces como los enfoques individuales para el tratamiento de la depresión; la terapia de pareja y la terapia cognitivo conductual individual son igualmente eficaces; para los que tienen problemas de relación, la terapia de pareja conduce a mayores mejoras en la satisfacción en la relación que la terapia cognitivo conductual individual.
- d) Los tratamientos de terapia de pareja para la depresión han sido citados en Carr (2014) y son: la terapia de pareja sistémica (Jones y Asen, 2000; Leff et al., 2000), la terapia conductual tradicional (Jacobson et al., 1991), la terapia cognitivo conductual (Beach et al., 1990; Whisman y Beach, 2012), la terapia de pareja orientada al afrontamiento (Bodenmann et al., 2008), la terapia breve de pareja (Cohen et al., 2010), la terapia interpersonal conjunta (Foley et al., 1989; Weissman et al., 2000), la terapia de pareja centrada en las emociones (Dessaullles et al., 2003, Denton et al., 2012) y la terapia familiar para la depresión basada en el modelo de McMaster (Miller et al., 2005; Ryan et al., 2005). Todos estos enfoques para la terapia de pareja y familiares se centran en la mejora del estado de ánimo y casi todos, al mismo tiempo, de los problemas de relación.
- e) El tratamiento de elección, para el tratamiento de la depresión mediante la terapia de pareja, es el enfoque cognitivo-conductual, por ser el más estudiado dentro de los tratamientos de pareja para la depresión y el que posee mayor apoyo empírico.



- f) La terapia de pareja centrada en las emociones también ha demostrado su apoyo empírico en el tratamiento de parejas con algún miembro deprimido y con problemas en la relación (Denton et al., 2012; Dessaulles et al., 2003).
- g) Existen tratamientos basados en la pareja para la depresión y sin comorbilidad de problemas de relación como los ensayos clínicos realizados por Bodenmann et al. (2008) y Cohen et al. (2010).
- h) Con relación a la aplicación de la terapia de pareja específica para el duelo patológico no hemos encontrado revisiones bibliográficas. De hecho, en el manual clínico de terapia de pareja no existe mención a esta aplicación específica de la terapia de pareja ni en su cuarta edición (Gurman, 2008), ni en su quinta edición (Gurman, Levow, Snyder, 2015). Solo en algunas investigaciones suele hacerse una ligera mención de la terapia de pareja específica para el duelo patológico unida a la terapia de pareja para la depresión (p. ej., Carr, 2014), por lo que existe, al respecto, una clara laguna en la investigación.

## **2.) *Con relación a la terapia de pareja para los trastornos de ansiedad***

- a) Se ha demostrado su eficacia para dos de los trastornos de ansiedad: la agorafobia con trastorno de pánico y el TOC.
- b) Las razones que proporcionan un fundamento para el tratamiento de pareja de los trastornos de ansiedad son: las intervenciones sistémicas crean un contexto en el que las parejas pueden apoyar la recuperación y en el que los patrones de interacción de la pareja y los sistemas de creencias que mantienen los trastornos de ansiedad pueden ser transformados. Además, una proporción significativa de personas no son ayudados por la medicación, no pueden tolerar los efectos secundarios de la medicación o no desean tomar medicamentos por otras razones y la recaída es común una vez que se interrumpe la medicación (Antony y Stein, 2009, citado en Carr, 2014).

- c) Con relación al trastorno de pánico, la terapia de pareja eficaz tiene como objetivo interrumpir el hecho de que el otro miembro de la pareja puede reforzar la evitación de situaciones que la persona ansiosa cree que le van a desencadenar ataques de pánico. Carr (2014) señala la importancia de interrumpir este proceso y conseguir la ayuda del miembro de la pareja, que no padece de ansiedad, “para que la persona sintomática pueda exponerse, de manera planificada, a las situaciones temidas y controlar su ansiedad dentro de estos contextos” (Carr, 2014, p. 169).
- d) La terapia de pareja para el trastorno de pánico con agorafobia es tan eficaz como el tratamiento cognitivo conductual individual, ampliamente considerado como el tratamiento de elección (Byrne et al., 2004).
- e) Con relación al TOC, la pareja puede reforzar los patrones de interacción que mantienen los rituales compulsivos, por ejemplo, no cuestionando su legitimidad o involucrándose en un conflicto acerca de ellos, lo que puede generar problemas de relación (Renshaw et al., 2005). En el tratamiento para el TOC basado en la pareja, el objetivo es interrumpir los patrones de interacción que mantienen los rituales compulsivos y obtener la ayuda de la pareja para que la persona supere sus obsesiones y compulsiones.
- f) La terapia de pareja para el tratamiento del TOC es tan eficaz o, en algunos casos, más eficaz que la terapia cognitivo conductual individual para adultos con TOC, lo cual ha sido demostrado en cinco ensayos de terapia de pareja sistémica o enfoques basados en la familia para el tratamiento del TOC revisados por Renshaw et al. (2005) y en un estudio piloto más reciente (Abramowitz et al., 2013).

**3.) *Con relación al trastorno de estrés postraumático y su impacto en la calidad de la relación de pareja***

Durante más de una década hemos sido testigo de la aparición de varias intervenciones de pareja basadas en el tratamiento del TEPT que han pretendido, al mismo tiempo, mejorar el

funcionamiento de la relación íntima (p. ej., la terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma, TCC-C, Monson y Fredman, 2012; una versión de la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT centrada en el presente, Pukay-Martin et al., 2015; la terapia de enfoque estructurado, SAT, Sautter et al., 2009; y, por último, la terapia centrada en las emociones, EFT, Johnson, 2002). Estos tratamientos han sido dirigidos, mayoritariamente, a los veteranos de guerra, aunque también se han efectuado pequeños ensayos aleatorios con víctimas de abuso en la infancia (sexual y físico), con personas que han sufrido el impacto de una enfermedad médica así como otros traumas. No se han publicado investigaciones específicas con víctimas de terrorismo.

Cada una de estas intervenciones de pareja tiene sus *mecanismos específicos de cambio* y han demostrado su eficacia en varios ensayos clínicos.

*En primer lugar*, la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C para el TEPT; Monson y Fredman, 2012) es una intervención conjunta diseñada para reducir los síntomas de TEPT y sus comorbilidades y, al mismo tiempo, mejorar el funcionamiento de la relación de pareja. TCC-C para el TEPT es un tratamiento trifásico, de 15 sesiones, que consiste en (a) la orientación del tratamiento, la psicoeducación sobre el TEPT y los problemas de relación íntimos asociados, y la construcción de la seguridad; (b) las intervenciones conductuales que combaten la evitación conductual y experiencial, aumentan las conductas de aproximación diádicas, mejoran la satisfacción de la relación y promueven las habilidades de comunicación; y (c) las intervenciones cognitivas diseñadas para abordar los patrones de pensamiento desadaptativos que mantienen tanto los síntomas de TEPT como los problemas de relación de pareja.

Este modelo de terapia de pareja se enfoca en dirigir los factores interactivos cognitivos, emocionales o relacionales que, como hemos explicado, han sido encontrados que impiden la recuperación natural después del trauma y mantienen los síntomas del TEPT y los problemas de relación de pareja. Fredman y Monson (2011) recomiendan que, para parejas que deseen

abordar las dificultades en la relación asociadas al TEPT pero que no desean hacer el trabajo enfocado al trauma que se realiza en la etapa 3, los terapeutas pudieran proporcionar simplemente las etapas 1 y 2.

**En segundo lugar**, recientemente, se ha creado una versión de la TCC-C para el TEPT centrado en el presente (Pukay-Martin et al., 2015) basándose en el hecho de una significativa minoría de clientes prefieren terapias que no están centradas en el trauma (Tarrier et al., 2006; Zoellner et al., 2003; citados en Pukay-Martin et al., 2015). Esta versión de la TCC-C no se centra explícitamente en el suceso traumático del paciente. Similar a la terapia centrada en el trauma original, la versión centrada en el presente de TCC-C para el TEPT abarca psicoeducación sobre el TEPT, intervenciones en la relación (práctica de las destrezas de comunicación y actividades de mejora de la relación), y una estrategia cognitiva diádica para abordar las creencias inmediatas relacionadas con los síntomas y efectos del TEPT sobre la relación.

**En tercer lugar**, la terapia de pareja de enfoque estructurado, SAT (Sautter et al., 2009), es una terapia conjunta manualizada, organizada en el marco de la inoculación de estrés. TCC-C y SAT comparten elementos similares: (a) proporcionan una amplia psicoeducación sobre el TEPT y sus efectos en las relaciones; (b) señalan estrategias relacionadas con las conductas de evitación y (c) trabajan la mejora de las habilidades de comunicación de la pareja. Con respecto a las diferencias entre ambos tipos de terapia, la TCC-C destaca la modificación de las cogniciones desadaptativas de las parejas sobre el trauma y SAT se dirige a las emociones relacionadas con el trauma que son destructivas para las relaciones, usando el paradigma de la inoculación del estrés (Foa et al., 1999, citado en Sautter et al., 2015). En este sentido, SAT proporciona a la pareja habilidades en regulación emocional y luego introduce procedimientos para activar las emociones relacionadas con el trauma. El enfoque del SAT en la regulación de las emociones se distingue de la TCC-C, explicando las mejoras en los problemas relacionados con el apego en esta terapia.

*En cuarto lugar*, la terapia centrada en las emociones, EFT (Johnson, 2002), parte de que el cambio terapéutico ocurrirá cuando las respuestas emocionales, que subyacen a los patrones rígidos desadaptativos, se experimentan de manera que los ciclos de interacción de la pareja se pueden transformar en modos más adaptativos de relacionarse (Greenberg y Johnson, 1988). Al experimentar las respuestas emocionales subyacentes primarias, se cree que la pareja comenzará a cambiar patrones de interacción desadaptativos por nuevas formas de comunicación interpersonal caracterizadas por la disponibilidad emocional positiva. Se puede argumentar que la EFT es particularmente adecuada para las parejas que enfrentan el trauma ya que trata directamente con la regulación del afecto y ayuda a las parejas en la obtención de apoyo social que, cuando se bloquea, se vincula a los desafíos en la recuperación de un trauma. La EFT, en este contexto del trauma, incorpora los nueve pasos de la convencional EFT y también abarca las tres etapas del autodesarrollo "constructivista" de la teoría de tratamiento de los traumas (Johnson y Williams-Keeler, 1998). Estos autores refieren el hecho de EFT se ha delineado en nueve pasos que son paralelos a las tres etapas de un tratamiento traumático articulado por McCann y Pearlman (1990). Estas tres etapas son: (1) la estabilización, (2) la construcción del *self* y de las capacidades de relacionarse, y (3) la integración. Johnson (2002) sugiere que la terapia de pareja y la EFT, en particular, podría ser útil para los sobrevivientes del trauma porque la EFT para parejas está orientada principalmente hacia el establecimiento de un contacto cercano y seguro que es decisivo para la satisfacción en la relación.

Respecto al *apoyo empírico de estos tratamientos* habría que subrayar varios aspectos:

- a) la terapia conjunta cognitivo-conductual (TCC-C) centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) tiene la mayor evidencia, hasta la fecha, en el tratamiento de los síntomas de TEPT y los síntomas concomitantes (por ejemplo, la depresión, la ansiedad y la ira), con varios estudios no controlados (Monson et al., 2011; Monson et al., 2004; Schumm et al. 2013) y un ensayo aleatorizado controlado que demuestran su eficacia (Monson et al., 2012). Estos estudios de tratamiento han documentado, además, mejoras

en la satisfacción de la relación en los veteranos (por ejemplo, Monson et al., 2011, 2012) y en la salud mental de la pareja (Monson et al., 2005; Shnaider et al., 2014). Como tratamiento independiente para el TEPT, TCC-C no está diseñado sólo para parejas con dificultades (Monson y Fredman, 2012); más bien, las parejas con un rango de puntuaciones de satisfacción de la relación se les ha ofrecido el tratamiento (por ejemplo, Monson et al., 2011, 2012). Si bien es cierto que las parejas que iniciaron el tratamiento con dificultades en sus relaciones obtuvieron mayores ganancias en la relación en comparación con las que estaban satisfechas en sus relaciones previo al tratamiento (Shnaider et al., 2015). También se ha comprobado que TCC-C para el TEPT es particularmente efectivo para parejas en cuyos miembros hay altos niveles de “acomodación” a los síntomas del TEPT (Fredman et al., 2014; Fredman et al., 2016). Los resultados del estudio de Shnaider et al. (2015) demostraron que el abandono del tratamiento y los resultados de los síntomas de TEPT no estaban significativamente asociados con los niveles de satisfacción de la relación previos al tratamiento, ni en los pacientes, ni en sus parejas, por lo que las parejas con diferentes niveles de problemas en la relación en el pretratamiento no están en mayor riesgo de abandono del tratamiento o de tener peor respuesta al tratamiento del TEPT en TCC-C. Por otra parte, los resultados del estudio de Macdonald et al. (2016) demostraron que los pacientes que recibieron TCC-C para el TEPT mostraron una mayor mejora, no sólo en todos los síntomas de TEPT si no en las cogniciones postraumáticas, lo cual es muy importante porque éstas últimas no sólo son la hipótesis de mantenimiento de los síntomas del TEPT (Foa et al., 1999, citado en Sautter et al., 2015; Ehlers y Clark, 2000) si no que generan problemas de relación de pareja.

- b) La TCC-C para el TEPT centrado en el presente (Pukay-Martin et al., 2015) ha demostrado que puede ser un tratamiento alternativo prometedor para parejas que no desean seguir terapia centrada en el trauma. Los resultados de este estudio también

demonstraron mejoras en la satisfacción de la relación de la pareja y del paciente (con tamaño de efecto de pequeño a mediano) en una muestra de parejas que no presentaban problemas de relación en el pretratamiento. Un último hallazgo digno de ser considerado tiene que ver con los comportamientos de acomodación del otro miembro de la pareja que disminuyeron del pretratamiento al postratamiento, aunque no fueron directamente abordados en el tratamiento, lo cual puede ayudar a conseguir y mantener mejoras a largo plazo en los síntomas del TEPT (Fredman et al., 2014).

- c) La terapia de pareja de enfoque estructurado, SAT, cuenta con tres estudios que muestran su eficacia. Un primer estudio que presenta los resultados preliminares sobre la eficacia de SAT para reducir los síntomas de evitación del TEPT (Sautter et al., 2009). Un segundo estudio, Sautter et al. (2014), cuyos resultados mostraron que SAT se asocia con reducciones de los síntomas del TEPT en los veteranos, al tiempo que redujo la depresión y la ansiedad en los cónyuges de los veteranos; mejorando, además, el funcionamiento de las relaciones en veteranos con TEPT y sus parejas, pero estos beneficios no son tan consistentes como otros beneficios informados por SAT. El tercer estudio, Sautter et al. (2015) proporciona pruebas de la eficacia de la terapia de enfoque estructurado (SAT) en el tratamiento del estrés postraumático, relacionado con el combate en veteranos, y de la ansiedad comórbida, al mismo tiempo que mejora su adaptación en la relación. Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento. Además, la terapia de enfoque estructurado se asoció con mejoras significativas en la relación de ajuste del veterano, en la evitación del apego y del estado de ansiedad. Las parejas mostraron reducciones significativas en el apego ansioso. Sin embargo, los cónyuges en SAT no reportaron mejoras comparables en el estado de ansiedad o satisfacción de la relación como lo hicieron los veteranos.
- d) la terapia centrada en las emociones, EFT (Johnson, 2002) cuenta con evidencia preliminar de la eficacia como un tratamiento para los problemas de relación de pareja y, al mismo tiempo, para el TEPT en cuatro estudios. El primero de ellos es el estudio de

Macintosh y Johnson (2008), en el que se demostraron disminuciones clínicamente significativas en los síntomas de TEPT y el cambio medio en la satisfacción de la relación (en la muestra global de sobrevivientes) superó el punto de corte para la significación clínica en parejas en la que uno de los miembros sufrió abuso sexual en la infancia. El segundo estudio es un estudio piloto de la EFT para las parejas de los veteranos de guerra que sufren de TEPT (Weissman et al., 2011). En el mismo hubo disminuciones estadísticamente significativas en los síntomas de TEPT y de los trastornos psicológicos de los veteranos, y una mejoría estadísticamente significativa en la satisfacción marital. El tercer estudio fue realizado por Naamán (2008) que descubrió reducciones estadísticas y clínicamente significativas en los síntomas de TEPT en las mujeres que sufren de cáncer de mama después de un curso de 10 sesiones de EFT para parejas, mientras que las parejas en su condición de control no mostraron cambios significativos y se obtuvieron efectos moderados en el ajuste de las parejas. En el cuarto estudio, Dalton et al. (2013) detectaron una significativa mejora en la satisfacción de la relación de pareja de las mujeres que habían sido sometidas a abuso intrafamiliar en la infancia y cuyos problemas de relación eran muy elevados; sin embargo, la reducción en los síntomas de trauma no resultó estadísticamente significativa. Aunque esta línea de investigación en la EFT está en su infancia y solo dos de estos estudios incluyeron grupos de control (Dalton et al., 2013; Naamán, 2008), Greenman y Johnson (2012) concluyen que los resultados son consistentes para que la EFT sea propuesta como un tratamiento útil para el TEPT y, al mismo tiempo, para el tratamiento de los problemas de relación de pareja con algún miembro traumatizado.

Si comparamos la eficacia de la terapia conjunta cognitivo-conductual para TEPT (TCC-C) con la terapia de enfoque estructurado (SAT), aunque ambas se relacionan con reducciones en los síntomas de TEPT, parece que los veteranos que reciben TCC-C para el TEPT muestran niveles más bajos de intensidad de TEPT al concluir el tratamiento que los veteranos que



participaron en SAT (Sautter et al., 2014) y con mejores resultados en el ajuste de la relación de pareja. Por otra parte, si comparamos los resultados de la versión de la TCC-C para el TEPT, centrada en el presente (Pukay-Martin et al., 2015) con la centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012), ésta última obtuvo mejores resultados por lo que, en el caso de las parejas que si deseen centrarse en el trauma, debe de ser el tratamiento de elección.

En resumen, atendiendo al hecho de que la TCC-C para el TEPT es el enfoque de terapia de pareja que cuenta con un mayor aval empírico, en la presente investigación hemos adaptado el protocolo de este tratamiento (Monson y Fredman, 2012) para los problemas de relación de pareja en víctimas de terrorismo que presentaban sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático, depresión y ansiedad. No obstante, y dado que nuestro objetivo central es la mejora de la relación de pareja, hemos tenido en cuenta los aportes de la terapia cognitivo-conductual de parejas descritos en el capítulo 3 de la presente investigación, puesto que el tratamiento de Monson y Fredman (2012), aunque tiene como objetivo secundario la mejora de la relación de pareja, está muy centrado en el tratamiento del TEPT en un formato de pareja. Por último, hemos utilizado algunas aportaciones de la EFT en el trabajo con parejas y específicamente, en parejas con algún miembro traumatizado, aprovechando su larga tradición en la mejora de la relaciones de pareja a través del trabajo con las emociones. Pues, como bien plantea Johnson (2002), el establecimiento de una conexión emocional segura es crucial para la satisfacción de la relación. Las consideraciones específicas que hemos tenido en cuenta a la hora de adaptar el protocolo de Monson y Fredman (2012) las hemos señalado en el capítulo dedicado al método de la parte empírica de esta tesis doctoral.

## **Capítulo 6.**

### **Objetivos e hipótesis**



## 6. Objetivos e hipótesis

### 6.1 Introducción

El objetivo central de la parte empírica de esta tesis doctoral es realizar un análisis preliminar de la efectividad de un protocolo de terapia de pareja adaptado a las características concretas de la población de víctimas del terrorismo que presentan problemas de relación de pareja y, al mismo tiempo, presentan sintomatología de TEPT, depresión o ansiedad a muy largo plazo, es decir, muchos años después de haber sufrido el atentado terrorista. Este propósito se ha desarrollado a partir de las siguientes consideraciones.

*En primer lugar*, hay que tener en cuenta que el problema del terrorismo es uno de los más importantes a nivel mundial, cuyas consecuencias psicopatológicas resultan muy relevantes tanto en las víctimas directas como en sus familiares y allegados. En este sentido, existe una alta prevalencia de trastornos mentales y sintomatología clínicamente significativa en el colectivo de las víctimas de terrorismo en España (no solo a corto y medio plazo, sino también a largo y muy largo plazo), siendo esta prevalencia mucho más alta que la de la población general. Dentro del listado de esos trastornos mentales que afectan a las víctimas, el TEPT es el más frecuente, pero también pueden aparecer otros trastornos mentales, bien de forma aislada o en comorbilidad con el TEPT o con dichos otros trastornos; entre estos otros trastornos destacan el TDM y los trastornos de ansiedad y, entre estos últimos, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, la fobia específica y la agorafobia. Asimismo, se ha detectado la presencia de duelos traumáticos. Por consiguiente, después de un atentado terrorista “las víctimas necesitan un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo” (García Vera y Sanz, 2016, p. 7).

*En segundo lugar*, en España sigue habiendo un notable número de personas, dentro de este colectivo, que requieren tratamiento psicológico. Varios factores parecen justificar las peticiones de asistencia que por parte de las víctimas se continúan recibiendo:

- a) El abandono social e institucional sufrido y denunciado por las propias víctimas de ETA durante muchos años (Baca, Cabanas, Pérez-Rodríguez y Baca-García, 2004; López, 2014), y la escasez de tratamientos psicológicos especializados en este colectivo, pues solo en los últimos quince años la investigación psicológica en materia de terrorismo ha avanzado considerablemente.
- b) Aunque en los últimos años no se ha producido un elevado número de atentados terroristas, hay que tener en cuenta que los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid ocasionaron 191 fallecidos y más de 1.800 heridos (Martín, 2014), lo cual ha originado una demanda de tratamiento entre las víctimas de dicho atentado y sus familiares.
- c) Por último, hay que considerar la existencia de factores de tipo jurídico, político y social asociados a la llamada victimización secundaria que todavía siguen incidiendo en el bienestar y la salud mental de las víctimas y que dificultan la remisión de la sintomatología clínicamente significativa en estas personas. Por ejemplo, el progresivo cumplimiento de las penas de los terroristas que protagonizaron los conocidos como años de plomo de ETA, la derogación de la doctrina Parot y la aplicación de la directiva europea que permite a los terroristas descontarse en España los años de prisión que ya hubiesen cumplido en Francia han permitido que, en los últimos años, se produjeran excarcelaciones masivas de presos de ETA, en concreto, casi 200 presos desde febrero de 2012 hasta octubre de 2014 (Olmo, 2014). Estas excarcelaciones masivas no solo han sido vividas por muchas víctimas del terrorismo como una injusticia o una traición o una prueba del abandono institucional hacia ellas (Olmo, 2014), máxime cuando tales excarcelaciones han sido celebradas públicamente por grupos afines a ETA, sino que algunas veces han supuesto que los victimarios vuelvan a residir en las mismas ciudades o pueblos que sus víctimas.

*En tercer lugar*, hay que valorar el impacto que las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas tienen sobre las relaciones familiares y de pareja. Aunque existe

escasez de estudios en materia de terrorismo que asocien las repercusiones psicopatológicas de los atentados a los problemas de relación de pareja, los resultados de esos estudios así como las investigaciones realizadas en otras poblaciones (en su mayoría veteranos de guerra) evidencian el impacto de los síntomas del TEPT, de los síntomas de ansiedad y depresión asociados y del duelo complicado sobre la calidad de la relación de pareja.

Así, a lo largo de la revisión teórica que hemos hecho en esta tesis doctoral, hemos podido apreciar que son muchas las variables del funcionamiento de la pareja que se ven afectadas por esta problemática. Tanto el TEPT como la depresión y los duelos traumáticos se asocian a dificultades en el ajuste de la pareja, originando una menor satisfacción en la relación, dificultades en la intimidad, niveles más altos de conflicto marital, una disminución de la capacidad para comunicarse de forma efectiva (generando deficiencias importantes en la expresividad emocional). También se asocian a inseguridades en el apego y a apoyo social más negativo. Los síntomas del TEPT han correlacionado negativamente con la confianza en la relación, la vinculación positiva entre los cónyuges y la dedicación a la relación de ambos esposos. Además, estas relaciones de pareja son menos cohesivas, con una mayor dificultad para llegar a acuerdos y más conflictivas y violentas. Es muy importante argumentar que la asociación entre el TEPT, el TDM, los trastornos de ansiedad y los duelos traumáticos, por una parte, y los problemas de relación de pareja, por la otra, es compleja y recíproca. Los síntomas del TEPT, la depresión, la ansiedad y el duelo contribuyen a los problemas en la relación que, a su vez, exacerban y refuerza la sintomatología de estos trastornos, si bien existen variables moderadoras de estas asociaciones.

El impacto de estos trastornos mentales o de su sintomatología clínicamente significativa puede extenderse más allá del efecto perjudicial en la relación. La investigación sugiere que cuando una pareja tiene síntomas elevados de TEPT y depresión, el cónyuge tiende a informar de un malestar psicológico elevado. Se ha propuesto que vivir con una pareja que exhibe este tipo de sintomatología incrementa la propia probabilidad de experimentar estrés, ansiedad y

depresión. La naturaleza íntima de la relación matrimonial y el hecho de que la pareja es generalmente la fuente principal de apoyo puede hacer que la pareja sea más vulnerable a la traumatización secundaria que el resto de los miembros de la familia.

Los resultados de los estudios sugieren que los efectos nocivos de los cónyuges de los veteranos que tienen TEPT y sus síntomas asociados (depresión, ansiedad, etc.) en la calidad de la relación de pareja y/o sobre el malestar psicológico del otro miembro de la pareja no traumatizado directamente, pueden ser mitigados por otros factores individuales y diádicos (Lambert et al., 2012, 2015; Whisman, 2013).

Sobre la base de lo anterior, se puede resumir que los problemas de relación de pareja tienen una fuerte vinculación con los problemas de salud, emocionales y de comportamiento tanto en los propios adultos como en su descendencia; y es una de las preocupaciones primarias o secundarias más frecuentes reportadas por las personas que buscan la ayuda de los profesionales de salud mental. Por consiguiente, la asociación entre la relación de pareja y la interrupción del bienestar emocional individual y el bienestar físico hace hincapié en la importancia de mejorar y ampliar empíricamente estrategias basadas en el tratamiento de los problemas de pareja. Estos hallazgos son particularmente notables a la luz de la investigación por Baucom et al. (2003), quienes encontraron en su propio metaanálisis que las dificultades en la relación de pareja no mejoran sin tratamiento.

Más de tres décadas de investigación avalan la eficacia de la terapia de pareja en el tratamiento de los problemas de relación de las mismas. Varios autores plantean que es importante considerar el bienestar de la pareja en la investigación y el trabajo clínico de los individuos traumatizados. Por ejemplo, la justificación para proporcionar a los veteranos con TEPT y sus parejas íntimas, tratamientos basados en la pareja se ve reforzada por las siguientes consideraciones: (1) las tasas crecientes de problemas interpersonales asociados al TEPT y a otros síntomas concomitantes entre los veteranos de guerra y sus parejas que se ha explicado de forma exhaustiva en los capítulos primeros de esta tesis doctoral; (2) el hallazgo de que casi la

mitad de los veteranos de guerra que regresan son reacios a buscar tratamientos de salud mental (Hoge et al., 2007), pero consideran que los tratamientos de salud mental que implican a miembros de la familia son más atractivos (Batten et al., 2009; Khaylis, Polusny, Erbes, Gewritz y Rath, 2011); (3) el descubrimiento de que los veteranos retornados con problemas de relación de pareja muestran pobres resultados después de la participación en tratamientos de TEPT basados en la evidencia (Price et al. 2013); (4) los datos que indican que los tratamientos de TEPT basados en la pareja que reducen el TEPT y el malestar en las relaciones ofrecen beneficios simultáneos en el decremento de la intensidad del TEPT a la vez que mejoran el entorno de recuperación de los veteranos traumatizados, proporcionando una clara ventaja que otros tratamientos de TEPT basados en la evidencia no ofrecen (Monson y Fredman, 2012), y (5) la posibilidad de que ofrecer tratamientos de pareja, en lugar de tratamientos exclusivamente dirigidos al TEPT, puede ser una manera de ayudar a superar el estigma de estos veteranos en busca de servicios de salud mental (Milliken et al., 2007).

Sobre la base de lo anterior, se valora que la terapia de pareja se muestre como un complemento útil en el trabajo con los supervivientes de traumas diversos, complemento importante a otras formas de tratamiento que se dirigen más directamente a aliviar los síntomas postraumáticos (Lambert et al., 2012).

**En cuarto lugar**, no existen (que se hayan publicado) programas terapéuticos específicos para el tratamiento de los problemas de relación de pareja de las víctimas de atentados terroristas. En este sentido, la mayoría de las intervenciones llevadas a cabo con este tipo de víctimas se han centrado en la intervención individual dirigida al tratamiento de las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas. De los datos disponibles sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT en todo tipo de víctimas, se conoce que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es la que cuenta con un mayor aval empírico, tanto en los estudios experimentales como en los cuasi experimentales (Bryant, Harvey, Dang, Sackville y Basten, 1998; Bryant, Mastrodomenico et al., 2008; Bryant, Moulds



y Nixon, 2003; Bryant, Sackville, Dang, Moulds y Guthrie, 1999; Foa, Zoellner y Feeny, 2006; Shalev et al., 2012, citados en Gesteira Santos, 2016). Por eso, García-Vera y Sanz (2016) señalan el hecho de que ha sido recomendada como el tratamiento de elección específico en personas con sintomatología postraumática grave o diagnóstico de TEPT tras un acontecimiento traumático (ACPMH, 2013; American Psychiatric Association, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010).

Como ha quedado claro en el capítulo I de esta tesis doctoral, en la revisión de García-Vera y Sanz (2016) se mencionan los resultados de tres estudio empíricos realizados recientemente en España (Cobos Redondo, 2016; Gesteira Santos, 2016; Moreno et al., 2016) y en los cuales se demostró la eficacia y utilidad clínica de un programa de TCC-CT de 16 sesiones con víctimas de todo tipo de atentados terroristas en España que sufrían TEPT, TDM y/o trastornos de ansiedad a muy largo plazo.

Sin embargo, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) no contempla, de forma sistemática, la aplicación de técnicas que mejoren el funcionamiento de las parejas afectadas, lo cual ha quedado demostrado en este estudio que es uno de las repercusiones del TEPT, de los síntomas o trastornos asociados y del duelo, y que puede ser uno de los elementos de resiliencia. Como hemos mencionado, existe un consenso creciente de que los tratamientos para las víctimas de trauma deben dirigirse hacia las relaciones familiares e íntimas, además de tratar el TEPT de los veteranos (Riggs et al., 2009). Dada la creciente conciencia de la importancia del contexto interpersonal y del impacto del trauma en este contexto, se hace necesario abordar los problemas de relación que sufren estas parejas.

Por último, hay que considerar los importantes avances tanto en el campo de la formulación teórica como en el de la intervención, que señalan:

- a) La necesidad de tratar los problemas de relación de pareja, en las víctimas del terrorismo, que pueden estar asociados a los síntomas postraumáticos, a la depresión y los trastornos de ansiedad. Conjuntamente, estos problemas de relación pueden estar asociados al

funcionamiento de la relación y necesitan tratamiento, dada la prevalencia relativamente alta de los problemas de relación en muestras comunitarias y clínicas.

- b) La necesidad de mejorar los resultados en la disminución de esta sintomatología clínicamente significativa en este colectivo, a través de tratamientos complementarios a la intervención individual (debido a una mayor probabilidad de recaída en los síntomas cuando hay problemas de pareja o que el funcionamiento de la pareja puede estar reforzando la sintomatología y “saboteando” los logros de la terapia individual).
- c) La importancia de utilizar programas de intervención con una fundamentación teórica sólida (avalando la elección de unas técnicas determinadas y su orden de aplicación).
- d) La necesidad de mejorar la eficacia y efectividad de la terapia de pareja.
- e) La importancia del uso de programas multicomponentes que incluyan aquellas técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de los problemas de relación de pareja.
- f) La necesidad de evaluar de forma empírica la efectividad de estos programas.
- g) La ventaja de una intervención psicológica breve, que logre un alivio rápido de los problemas de relación existentes en las víctimas del terrorismo.

De las investigaciones previamente revisadas, son cuatro los modelos que abordan de manera específica los problemas del funcionamiento que sufren las parejas donde uno o ambos miembros presentan sintomatología propia del TEPT y de los otros trastornos o síntomas asociados y que, conjuntamente, pretenden reducir esta sintomatología. Estos modelos son: la *terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma, TCC-C* (Monson y Fredman, 2012); una *versión de la terapia conjunta cognitivo-conductual para TEPT centrada en el presente* (Pukay Martin et al., 2015); la *terapia de enfoque estructurado, SAT* (Sautter et al., 2009) y la *terapia de pareja centrada en las emociones, EFT* (Johnson, 2002). Estos modelos aplican programas de intervención multicomponentes, ofrecen una descripción estructurada de los tratamientos y aportan resultados sobre la eficacia de las intervenciones. Estos tratamientos han sido dirigidos, mayoritariamente, a los veteranos de guerra, aunque también se han

efectuado pequeños ensayos aleatorios con víctimas de abuso en la infancia (sexual y físico), víctimas de traumas diversos (Monson et al., 2012) y con personas que han sufrido el impacto de una enfermedad médica como el cáncer.

Aunque estas formas de terapias de pareja han sido empíricamente validadas, como hemos referido, no existe ningún estudio empírico, que sepamos, que aborde la eficacia ni la efectividad de la terapia de pareja de cualquiera de estas intervenciones en su aplicación específica en víctimas de atentados terroristas. En este estudio, pretendemos avanzar en este sentido, haciendo una propuesta de tratamiento de pareja para las víctimas del terrorismo y evaluando los resultados en el postratamiento, tanto desde el punto de vista de la significación estadística como desde el punto de vista de la significación clínica. Atendiendo al hecho de que la terapia conjunta cognitivo-conductual centrada en el trauma para el TEPT es el enfoque de terapia de pareja que cuenta con un mayor aval empírico, en la presente investigación hemos adaptado el protocolo de este tratamiento (Monson y Fredman, 2012) para los problemas de pareja en víctimas de terrorismo. Para la adaptación del protocolo hemos tenido en cuenta algunas consideraciones que se detallan a posteriori.

En resumen, con la presente investigación pretendemos contribuir a ampliar el conocimiento existente sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos para víctimas del terrorismo y mejorar la asistencia de las víctimas, tal y como se especifica en la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Esto implica dar respuesta no solo a las consecuencias psicopatológicas individuales que este colectivo presenta, sino también atender a otros posibles problemas como son los problemas de relación de pareja, los cuales: (a) tienen una prevalencia relativamente alta tanto en estudios epidemiológicos comunitarios como en estudios con muestras de personas que buscan ayuda profesional; (b) pueden estar relacionados con las repercusiones psicopatológicas individuales presentes en las víctimas del terrorismo y cuya asociación ha sido reconocida en la literatura científica, estableciéndose círculos dañinos que refuerzan dicha sintomatología, y (c) tienen la

relevancia clínica suficiente para que su tratamiento se convierta en un objetivo importante, dado su conocido impacto sobre la salud física y mental de los miembros de la pareja y de su descendencia.

## **6.2 Objetivos**

### **6.2.1 Objetivo general**

Se plantea como objetivo general de la parte empírica de esta tesis doctoral el proponer un tratamiento psicológico breve para los problemas de pareja que pueden sufrir las víctimas del terrorismo y realizar, mediante un diseño de grupo pretratamiento-postratamiento, un análisis preliminar de su efectividad a corto plazo, tanto desde el punto de vista de su significación estadística como de su significación clínica, y tanto desde el punto de vista de la mejora del ajuste de la relación de pareja como desde el punto de vista de los mejora de los factores psicológicos relacionados con dicho ajuste y de la mejora de sus posibles síntomas psicológicos.

### **6.2.2 Objetivos específicos**

- 1.) Adaptar el protocolo de tratamiento para parejas de Monson y Fredman (2012) y realizar un análisis preliminar de su efectividad en el tratamiento de las víctimas directas o indirectas del terrorismo que presentan problemas de pareja.
- 2.) Estudiar la efectividad, a corto plazo y desde el punto de vista de su significación estadística y clínica, del programa de intervención para parejas sobre el nivel de ajuste de la relación de pareja.

- 3.) Estudiar la efectividad, a corto plazo y desde el punto de vista de su significación estadística y clínica, del programa de intervención para parejas sobre algunos factores psicológicos relacionados con el ajuste de la relación de pareja. En particular:
  - a) El clima social de la pareja (grado de comunicación, grado de libre expresividad dentro de la familia y grado de interacción conflictiva).
  - b) El modo en que las parejas resuelven problemas o conflictos.
  - c) Las tácticas de conflictos (negociación emocional, negociación cognitiva y grado de agresividad hacia la pareja, según el modelo de Strauss, que considera este último una táctica errónea de resolver conflictos).
  - d) Los pensamientos automáticos relacionados con la ira-hostilidad.
  - e) Las creencias y actitudes relacionadas con la ira-hostilidad
- 4.) Estudiar la efectividad, a corto plazo y desde el punto de vista de su significación estadística y clínica, del programa de intervención para parejas sobre los síntomas psicológicos que suelen presentar las víctimas del terrorismo (síntomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad).
- 5.) Explorar si la combinación del programa de intervención para parejas con un tratamiento psicofarmacológico o con una TCC-CT individual tiene algún efecto sobre la efectividad o utilidad clínica de la terapia de pareja en víctimas de terrorismo en cuanto a la mejora del ajuste de la relación de pareja, de los factores psicológicos relacionados con dicho ajuste o de los síntomas psicológicos habituales en víctimas del terrorismo (síntomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad).

### **6.3 Hipótesis**

En función de la literatura científica revisada en los capítulos anteriores y en función de los objetivos generales y específicos descritos en la sección anterior, en el presente estudio empírico se plantearon y se pusieron a prueba las siguientes hipótesis:

**1.) HIPÓTESIS 1: El tratamiento de pareja empleado resultará efectivo en las víctimas del terrorismo con problemas de pareja, lo que supondrá que:**

- **HI.1:** Habrá una mejora estadística y clínicamente significativa entre el pretratamiento y el postratamiento en el nivel de ajuste de la relación de pareja.
- **HI.2:** Habrá una mejora estadística y clínicamente significativa en algunos factores psicológicos relacionados con el ajuste de la relación de pareja. Concretamente:
  - En relación con el ***clima social de la pareja***, habrá un aumento del grado de comunicación y de la libre expresividad dentro de la familia y una reducción de las interacciones conflictivas.
  - En relación con el ***modo en que las parejas resuelven problemas o conflictos***, habrá un aumento en las estrategias adaptativas para resolver problemas o conflictos y una reducción en las estrategias desadaptativas.
  - En relación con las ***tácticas de conflictos***, habrá un aumento en la negociación emocional y la negociación cognitiva y una reducción en el grado de agresividad hacia la pareja.
  - En relación con los ***pensamientos automáticos relacionados con la ira-hostilidad***, habrá una reducción en dichos pensamientos.
  - En relación con las ***creencias y actitudes relacionadas con la ira-hostilidad***, habrá una reducción en dichas creencias y actitudes.
- **HI.3:** Habrá una mejora estadística y clínicamente significativa entre el pretratamiento y el postratamiento en la sintomatología psicológica que suelen sufrir las víctimas del terrorismo. Concretamente:
  - Habrá una reducción de los ***síntomas del TEPT***.
  - Habrá una reducción de los ***síntomas de depresión***.
  - Habrá una reducción de los ***síntomas de ansiedad***.

2.) **HIPÓTESIS 2:** *En las víctimas del terrorismo con problemas de pareja, la combinación del tratamiento de pareja con una TCC-CT individual o con un tratamiento psicofarmacológico no aumentará la efectividad de dicho tratamiento de pareja sobre el nivel de ajuste de la relación de pareja o sobre los factores relacionados con dicho ajuste, lo que supondrá que:*

- **H2.1:** Los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en el nivel de ajuste de la relación de pareja que muestren el grupo de parejas con víctimas del terrorismo que reciban tratamiento de pareja y simultáneamente TCC-CT individual serán similares a los cambios que muestren el grupo de parejas con víctimas de terrorismo que tan solo reciban tratamiento de pareja, es decir, los cambios pretratamiento-postratamiento en nivel de ajuste de la relación de pareja en ambos grupos de parejas no serán diferentes de forma estadísticamente significativa y dichas diferencias serán de una magnitud pequeña en términos de su tamaño del efecto.
- **H2.2:** Los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en el nivel de ajuste de la relación de pareja que muestren el grupo de parejas con víctimas del terrorismo que reciban tratamiento de pareja y simultáneamente tratamiento psicofarmacológico serán similares a los cambios que muestren el grupo de parejas con víctimas de terrorismo que tan solo reciban tratamiento de pareja, es decir, los cambios pretratamiento-postratamiento en nivel de ajuste de la relación de pareja en ambos grupos de parejas no serán diferentes de forma estadísticamente significativa y dichas diferencias serán de una magnitud pequeña en términos de su tamaño del efecto.
- **H2.3:** Los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en los factores relacionados con el ajuste de la relación de pareja que muestren el grupo de parejas con víctimas del terrorismo que reciban tratamiento de pareja y simultáneamente TCC-CT individual serán similares a los cambios que muestren el grupo de parejas con víctimas de

terrorismo que tan solo reciban tratamiento de pareja, es decir, los cambios pretratamiento-postratamiento en los factores relacionados con el ajuste de la relación de pareja en ambos grupos de parejas no serán diferentes de forma estadísticamente significativa y dichas diferencias serán de una magnitud pequeña en términos de su tamaño del efecto.

- **H2.4:** Los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en los factores relacionados con el ajuste de la relación de pareja que muestren el grupo de parejas con víctimas del terrorismo que reciban tratamiento de pareja y simultáneamente tratamiento psicofarmacológico serán similares a los cambios que muestren el grupo de parejas con víctimas de terrorismo que tan solo reciban tratamiento de pareja, es decir, los cambios pretratamiento-postratamiento en los factores relacionados con el ajuste de la relación de pareja en ambos grupos de parejas no serán diferentes de forma estadísticamente significativa y dichas diferencias serán de una magnitud pequeña en términos de su tamaño del efecto.

Respecto a si la combinación del tratamiento de pareja con TCC-CT individual o con terapia psicofarmacológica aumentaba la efectividad de dicho tratamiento de pareja sobre la sintomatología que suelen sufrir las víctimas del terrorismo (sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad), en la presente tesis doctoral no se plantearon hipótesis concretas al respecto, ya que, como se ha revisado en capítulos anteriores, existen tanto datos a favor de que la combinación de, por ejemplo, tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos mejora la eficacia de los tratamientos psicológicos en solitario sobre la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad, como datos en contra de dicha hipótesis. Por tanto, en este sentido, la investigación empírica de la presente tesis doctoral tenía un carácter más exploratorio. Sin embargo, como se explicará más adelante, el número de víctimas del terrorismo en cada uno de los grupos de tratamiento estudiados (tratamiento



de pareja frente a tratamiento de pareja + TCC-CT individual o tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + psicofármacos) era tan pequeño que los análisis estadísticos al respecto quedaban comprometidos en cuanto a su fiabilidad y validez y, por tanto, se descartó finalmente explorar si la combinación del tratamiento de pareja con TCC-CT individual o con terapia psicofarmacológica aumentaba la efectividad de dicho tratamiento de pareja sobre la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad de las víctimas del terrorismo que formaron parte de la muestra de participantes que se reclutó para el estudio empírico de esta tesis doctoral.

# **Capítulo 7.**

## **Método**



## 7. Método

### 7.1 Participantes

Con relación al reclutamiento y selección de participantes, los participantes de este estudio fueron 23 parejas que se pusieron en contacto con la Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo (AMUVITE) procedentes de varias fuentes.

En primer lugar, los participantes fueron derivados del programa de tratamiento psicológico individual de TCC-CT que estaba realizando en la Región de Murcia el equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid y la AVT (Asociación Víctimas del Terrorismo) y que ya hemos mencionado en capítulos anteriores (Cobos Redondo, 2016; Gesteira Santos, 2016; Moreno Pérez, 2016).

En segundo lugar, otros participantes y sus parejas fueron derivados por el departamento de atención psicológica de la asociación AMUVITE si cumplían alguna de las siguientes características: (a) parejas en las que uno de sus miembros también estaba recibiendo tratamiento psicológico individual en ese momento; (b) parejas que habían recibido tratamiento en el pasado por sus problemas de pareja, y (c) miembros de la asociación que fueron informados y manifestaron interés en el programa. La asociación AMUVITE realizó la divulgación del programa a través de contactos telefónicos, entrevistas de orientación, visitas domiciliarias, folletos divulgativos, etc.

A todas las personas que participaron en este estudio, independientemente de la fuente de procedencia, se les informó de que la participación en este estudio era totalmente voluntaria y gratuita.

Los *criterios de exclusión* del estudio fueron los siguientes:

- No tener cumplidos los 18 años.

- No ser víctima del terrorismo de forma directa o indirecta (no ser víctima indirecta se refiere a no ser familiar en primer grado de una víctima que hubiese sufrido un atentado terrorista de modo directo).
- No presentar problemas de relación de pareja en el momento de la evaluación (valorado a través de la entrevista estructurada tanto conjunta como individual a cada miembro de la pareja y de la Escala de Ajuste Diádico, en la cual al menos alguno de los miembros de la pareja debía de presentar, en su escala de Ajuste total, una puntuación inferior al punto de corte de 100, según Cáceres, 1996).
- No presentar la pareja, como mínimo, un año de convivencia en conjunto.
- Presentar problemas de agresión física grave (evaluados a través de la entrevista clínica individual a cada miembro de la pareja y de la Escala de Táctica de Conflictos revisada o CTS-2) estando contraindicada, en estos casos, la terapia de pareja.
- Estarse planteando la continuidad de la relación; por ejemplo, estarse planteando dejar de vivir juntos, separarse, divorciarse, etc. O sea, se incluyeron aquellas parejas que tenían claro que querían mejorar su relación.
- Presentar relaciones extramatrimoniales.
- Presentar síntomas no controlados de trastorno mental grave (p. ej., psicosis activa o trastorno bipolar).
- Presentar algún trastorno cognitivo grave.
- Presentar riesgo de suicidio inminente.
- Presentar abuso de sustancias grave.

En total, 23 parejas se pusieron en contacto con la Asociación AMUVITE para participar en el tratamiento de parejas y fueron inicialmente evaluadas. Tras esa *primera sesión de evaluación*, se seleccionaron **17 parejas** que fueron citadas para una *segunda sesión* donde se terminó la evaluación y, posteriormente, fueron invitadas a acudir a la primera sesión de

tratamiento. A las parejas no seleccionadas se les citó también para una segunda sesión donde se les explicó los resultados de la evaluación inicial y los motivos de exclusión del tratamiento, derivándose a los recursos y servicios donde se les pudiese atender, de acuerdo a su problemática particular. Las seis parejas excluidas fueron por los siguientes motivos: tres de ellas no presentaban problemas de relación, pero se presentaron por “cumplir con una actividad más de la asociación”; una cuarta pareja presentaba problemas de consumo grave de drogas (cocaína), y, por último, en la quinta y sexta parejas, uno de los miembros se estaba planteando la continuidad de la relación. En este sentido, en estas dos últimas parejas no existía el nivel de compromiso necesario para comprometerse en un programa de mejora de la relación de pareja como el ofrecido. Los datos de las parejas excluidas no fueron analizados.

Como ya se ha señalado, se utilizó la Escala de Tácticas de Conflicto revisada (CTS-2) para establecer la exclusión de los participantes que tuviesen criterios relacionados con la agresión grave, entendiéndose por ello cualquier daño físico grave o cualquier comportamiento sexualmente agresivo como son definidos por la CTS-2. De las 23 parejas que formaron parte inicialmente del estudio, ninguna presentaba comportamientos de este tipo, por lo que no se excluyó ninguna pareja sobre la base de este criterio.

Por otra parte, entre las parejas que finalmente participaron en el presente estudio empírico ( $N = 17$ ), las parejas que asistieron a una o más sesiones de tratamiento, pero que luego no continuaron el mismo, fueron consideradas como abandonos del tratamiento. Sin embargo, sus datos sí fueron analizados y fueron codificados como fracasos terapéuticos en algunos análisis de datos de efectividad que contemplaron a todas las parejas que iniciaron el tratamiento (análisis de intención de tratar). En otros análisis, tan solo se tuvieron en cuenta los datos de las parejas que completaron el tratamiento (análisis de datos completos o de parejas que completaron el tratamiento). En nuestro estudio, un 76,5% de personas que iniciaron el tratamiento lo terminaron, por lo que solo un 23,5% lo abandonaron ( $n = 4$ ).

A continuación, explicamos las *características sociodemográficas y clínicas de los participantes* y los *datos relacionados con su vinculación a los atentados terroristas sufridos*.

La edad de las 17 parejas que formaron parte del estudio oscilaba entre 23 y 60 años (media = 40,03;  $DT = 13,1$ ); el 52,9% eran mujeres y el 47,1% eran varones, existiendo una pareja homosexual. Las parejas llevaban juntas una media de 18,47 años ( $DT = 14,72$ ). Con relación al estado civil, un 47,1% estaban casados/as, un 17,6% eran parejas de hecho, un 29,4% convivían con una pareja estable y un 5,9% se había separado alguna vez, pero en el momento de la evaluación llevaban juntas más de un año. El estado civil de las parejas lo tenían una media de 12,94 años ( $DT = 12,30$ ). En lo que se refiere a la composición de sus familias, un 73,5% tenían hijos frente a un 26,5% que no tenían. La cantidad de hijos oscilaba de 1 a 4. Un 50% convivía con los hijos, un 29,4% convivían los dos miembros de la pareja solos, un 5,9% con sus padres y un 14,7% con otras personas.

En lo que respecta al nivel académico, un 35,3% tenían estudios de nivel secundaria, un 20,6% estudios primarios, un 14,7% habían cursado el bachillerato y un 11,8% tenían diplomatura universitaria entre otras opciones académicas. Con relación a la profesión/situación laboral la mayoría no trabajaban en el momento de la evaluación, con un 29,4% de amos/as de casa, un 8,8% de parados, un 11,8% de jubilados por enfermedad o minusvalía y un 2,9% de jubilados por la edad, entre los grupos más numerosos.

En cuanto a su vinculación con el atentado, un 39,1% habían resultado heridos, un 17,4% eran familiares en primer grado de personas que habían sido heridas en un atentado, un 13% huérfanos de padre, un 8,6% habían perdido un hijo o una hijastra y un 17,4% de las parejas estaban juntos en el momento del atentado, aunque en este último grupo algunos de los casos anteriores podían pertenecer también a esta categoría a la vez.

Los atentados terroristas que habían sufrido habían ocurrido entre los años 1979 y 1995, habiendo pasado una media de 27,41 años ( $DT = 5,28$ ) entre la fecha del atentado y la

realización de la evaluación psicológica pretratamiento. La muestra, en su totalidad, estaba formada por víctimas de atentados terroristas llevados a cabo por el grupo terrorista ETA.

Analizando algunos datos básicos de la historia de pareja, un 23,5% había recibido tratamiento en el pasado como consecuencia de sus problemas de pareja frente a un 76,5% que no. Con respecto a la percepción de que sus problemas de pareja estaban vinculados con el atentado, un 58,8% pensaba que no frente al 41,2% que pensaba que sí. Con relación a si había habido algún tipo de ruptura previa durante largos períodos de tiempo, un 64,7% informaba que esto no había ocurrido frente a un 35,3% que informaba que sí había ocurrido, siendo los motivos de estas rupturas los siguientes: un 28,6% consideraba que por diferentes intereses; un 14,3% por problemas relacionados con el atentado; un 7,1% por problemas económicos, estrés en la pareja y/o nacimiento de hijos; un 7,1% por infidelidad y un 42,9% por otros problemas no codificados en los anteriores.

Para analizar los resultados, en algunas variables del estudio, el grupo total de las parejas fue dividido en dos subgrupos, el **grupo 1 de víctimas de terrorismo** (víctima directa o madre o hijo/a de víctima directa) y el **grupo 2 formado por sus parejas**. En este sentido, un 52,9% de los participantes pertenecían al grupo 1 y un 47,1% al grupo 2, puesto que en una de las parejas del estudio los dos sufrieron el mismo atentado simultáneamente. De todas las parejas, un 64,7% no estaban juntos en el momento del atentado y un 35,3% sí. El grupo 1 de las víctimas de terrorismo tenía una edad media de 40,78 años ( $DT = 13,22$ ) y estaba compuesto por un 61,11% de mujeres. El grupo 2 de sus parejas tenía una edad media de 39,81 años ( $DT = 13,16$ ) y estaba compuesto por un 50% de mujeres. Con relación a los años transcurridos desde el atentado, para el grupo 1 de las víctimas había pasado una media de 26,67 años ( $DT = 13,16$ ) mientras que para las 5 personas del grupo 2 que estaban juntas como pareja en el momento del atentado, la media fue de 29,80 años ( $DT = 4,32$ ).

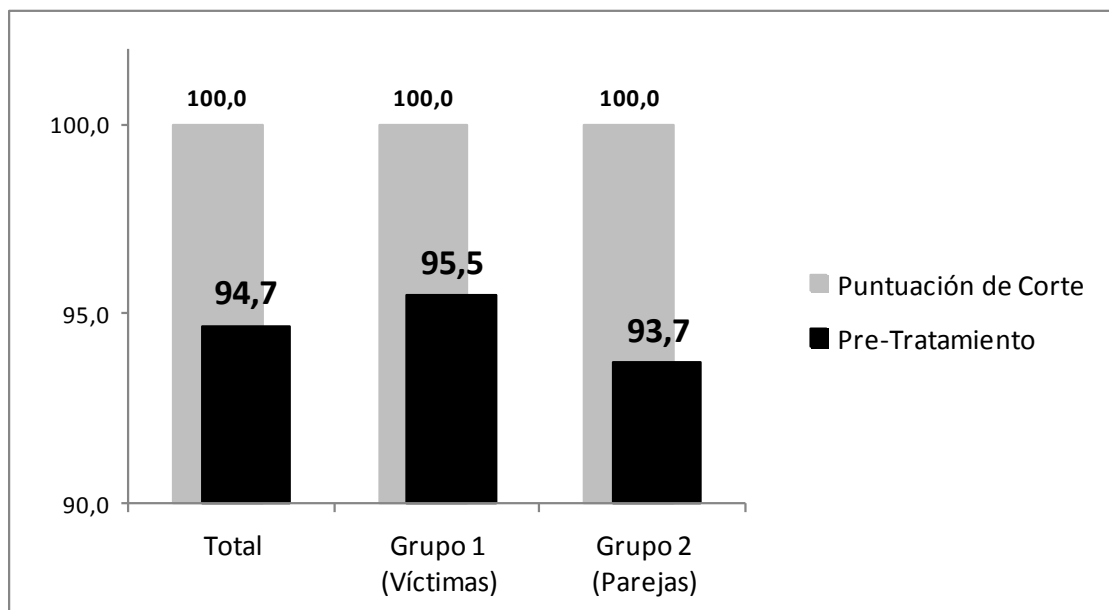
En cuanto a los problemas en el ajuste de pareja, un 64,7% de la muestra total ( $n = 17$  parejas), el 66,7% de los pacientes del grupo 1 de víctimas de terrorismo y el 62,5% del grupo 2



de sus parejas, presentaban una puntuación total en el pretratamiento en las medidas de la EAD (Escala de Ajuste Diádico de Spanier, 1976) por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, lo que Jacobson y Truax (1991) denominaron “puntuación C” y que es de 100 puntos para la escala total de la EAD (Cáceres, 1996), por lo que podían considerarse como parejas con problemas en el ajuste. Recordemos que el hecho de que al menos uno de los dos miembros de la pareja presentase problemas de relación, mostrando una puntuación total en el pretratamiento por debajo del punto de corte de 100, fue un criterio de inclusión de las parejas para el presente estudio empírico.

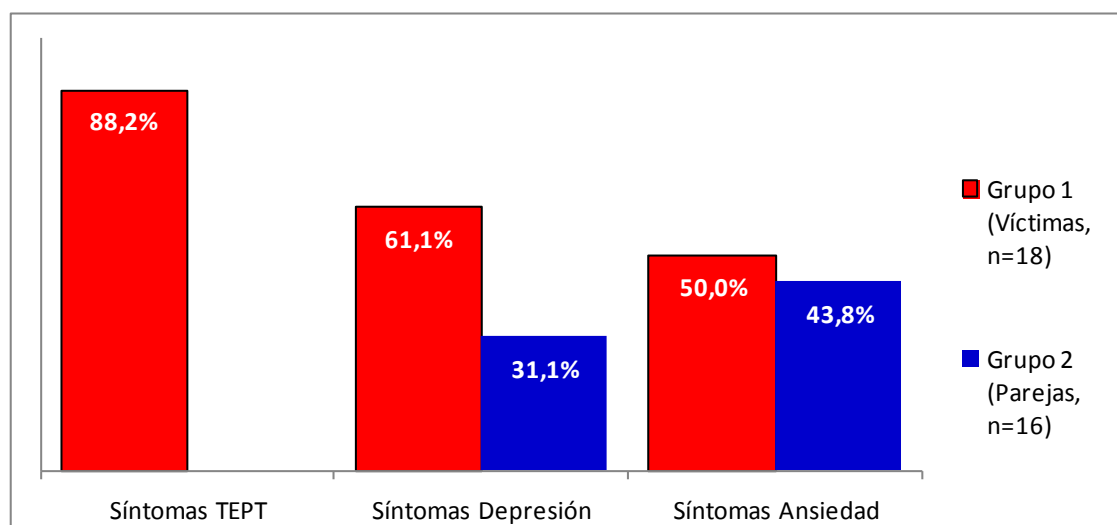
En este sentido, la puntuación en el EAD media de pretratamiento fue de 95,50 ( $DT = 9,65$ ) para la muestra total inicial ( $N = 34$  participantes o 17 parejas) y de 94,7 ( $DT = 9,5$ ) para el grupo de los que completaron el tratamiento ( $n = 26$  participantes o 13 parejas), quedando por debajo del punto de corte de la EAD, lo que indicaba que, por término medio, las parejas inscritas en el estudio presentaban problemas en el ajuste.

Si realizamos este análisis por subgrupos en aquellas personas que concluyeron el tratamiento, el grupo 1 de las víctimas de terrorismo presentaba una puntuación media en el EAD en el pretratamiento de 95,5 ( $DT = 11,3$ ) y el grupo 2 de sus parejas de 93,7 ( $DT = 7,3$ ), ambos por debajo del punto de corte para la EAD.



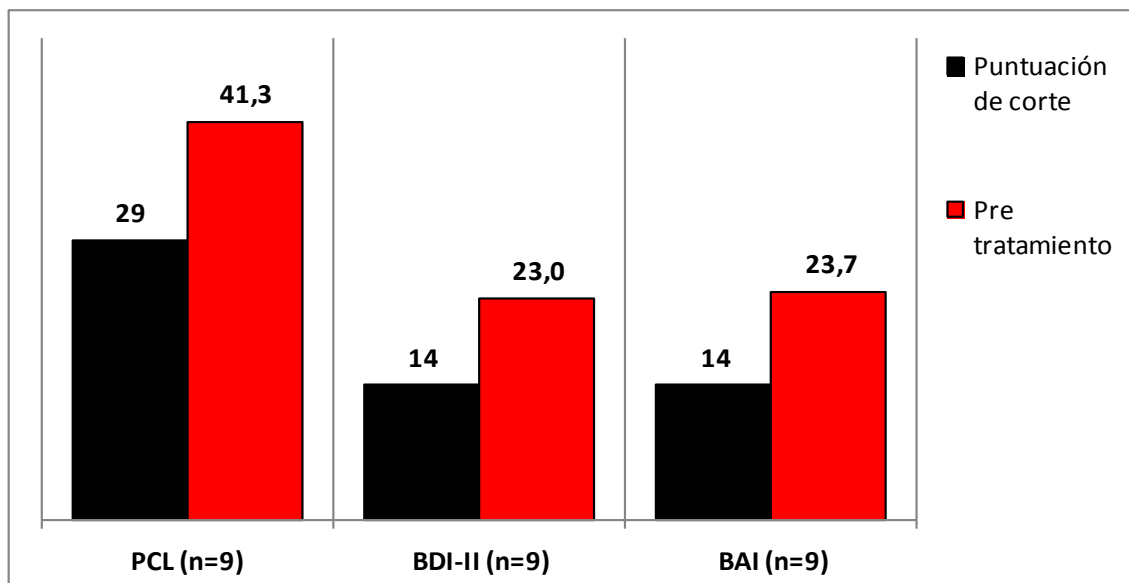
*Figura 1. Puntuaciones medias por debajo de la puntuación de corte de la EAD en la evaluación pretratamiento (grupo de las parejas que completaron el tratamiento).*

En cuanto a la descripción clínica de esta muestra y teniendo en cuenta las puntuaciones de corte que, como se verá más adelante, determinan la presencia de sintomatología clínicamente significativa, la sintomatología más prevalente entre el grupo 1 de las víctimas de terrorismo evaluadas fue la de estrés postraumático (88,2% de las víctimas con sintomatología clínicamente significativa), la depresiva (61,1% de las víctimas con sintomatología clínicamente significativa) y la de ansiedad (50,0% de las víctimas con sintomatología clínicamente significativa). Con relación al grupo 2 de sus parejas, un 31,3% presentaba sintomatología clínicamente significativa de depresión y un 43,8% de ansiedad (véase la Figura 2).



*Figura 2. Porcentaje de participantes que mostraban síntomas clínicamente significativos de TEPT, depresión y ansiedad en los dos grupos de participantes (víctimas y sus parejas); N = 34 participantes (muestra total inicial).*

La puntuación media pretratamiento de las personas del grupo 1 (víctimas de terrorismo) que concluyeron el tratamiento fue, respecto a la sintomatología de estrés postraumático (PCL-S; Weathers et al., 1993; adaptación española de Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006; Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2008), de 41,3 ( $DT = 15,2$ ,  $n = 9$ ); respecto a la sintomatología depresiva (Beck Depression Inventory-II o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, 2011), fue de 23,0 ( $DT = 19,1$ ;  $n = 9$ ), y, respecto a la sintomatología ansiosa (Beck Anxiety Inventory o BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Beck y Steer 2011), fue de 23,7 ( $DT = 15,3$   $n = 9$ ), estando todas ellas por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología clínicamente significativa (BDI-II y BAI > 14; y PCL-S > 29, véanse Sanz, 2013; Sanz, 2014; Sanz y García-Vera, 2015) (véase la Figura 3).



*Figura 3. Puntuaciones medias sobre las puntuaciones de corte de la PCL-S, el BDI-II y el BAI en la evaluación pretratamiento para el Grupo 1 (Víctimas de terrorismo).*

Con relación a los participantes del grupo 2 (parejas de las víctimas) que concluyeron el tratamiento, la puntuación media inicial en sintomatología de depresiva y ansiosa fue de 11,8 ( $DT = 8,4$ ;  $n = 12$ ) y 11,8 ( $DT = 12,2$ ;  $n = 12$ ), respectivamente, estando ambos por debajo de los puntos de corte establecidos para una sintomatología clínicamente significativa (BDI-II y BAI  $> 14$ ; véanse Sanz, 2013; Sanz, 2014; Sanz y García-Vera, 2015) (véase la Figura 4).

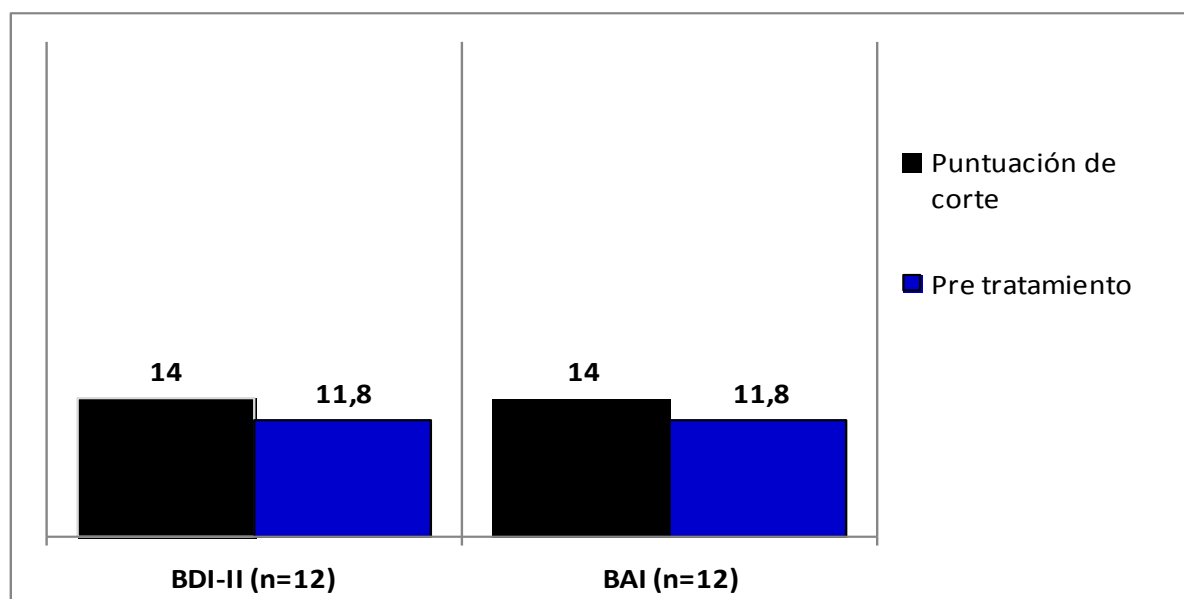


Figura 4. Puntuaciones medias sobre las puntuaciones de corte del BDI-II y del BAI en la evaluación pretratamiento para el Grupo 2 (parejas de las víctimas de terrorismo).

Además, en el momento de evaluación, un 55,56% de nuestra muestra dentro del grupo 1 de víctimas de terrorismo que iniciaron el tratamiento, estaba recibiendo, simultáneamente con nuestro tratamiento, una TCC-CT de tipo individual, mientras que un 44,44% de dicha muestra estaba recibiendo ayuda psicofarmacológica. De este grupo de víctimas, dentro de los 14 pacientes que concluyeron el tratamiento, un 57,14% estaba recibiendo ayuda psicológica (TCC-CT de tipo individual) y un 50% estaba recibiendo ayuda psicofarmacológica.

En cambio, ningún miembro del grupo de sus parejas estaba recibiendo tratamiento psicológico, ni en el momento de la evaluación ni durante nuestro tratamiento, y solo un 18,75% seguía un tratamiento psicofarmacológico en el momento de la evaluación inicial de toda la muestra. Este mismo porcentaje se mantuvo hasta el final del tratamiento, pues ninguna de estas personas abandonó el mismo.

Por lo tanto, varias personas de la muestra total de parejas que iniciaron el tratamiento recibían una combinación de terapia psicológica y psicofarmacológica. En los pacientes que completaron el estudio, un 35,7% estaba recibiendo una TCC-CT individual y un 37,9% estaban recibiendo psicofármacos.

Los psicofármacos que el grupo total de participantes tomaba en la evaluación inicial eran los siguientes: un 45,5% de los participantes que tomaban psicofármacos consumían ansiolíticos y antidepresivos combinados, otro 36,4% tomaba ansiolíticos y porcentajes mucho menores tomaban antidepresivos de manera aislada (9,1%) u otros psicofármacos (9,1%). Con relación al grupo de participantes que terminó el tratamiento, un 50% de los participantes de ese grupo que tomaban psicofármacos consumían ansiolíticos y antidepresivos de manera combinada, un 40% tomaba ansiolíticos y el 10% restante tomaba otros psicofármacos.

## 7.2 Variables e instrumentos

### 7.2.1. Variables independientes y dependientes

Las *variables* que se analizaron para comprobar las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

- 1.) Con relación a las ***Hipótesis 1*** relativas a la efectividad del tratamiento de pareja en víctimas de atentados terroristas con problemas de pareja, las variables analizadas fueron:
  - a) ***Variable independiente***: el programa de tratamiento de pareja en sí cuya puesta en marcha definía dos momentos de evaluación: pretratamiento y postratamiento.
  - b) ***Variables dependientes primarias*** relacionadas con la mejora del funcionamiento de la pareja:
    - Ajuste con la pareja.
    - Consenso con la pareja.
    - Satisfacción con la pareja.
    - Expresión de afecto hacia la pareja.
    - Cohesión con la pareja.

c) *Variables dependientes secundarias* relacionadas con los factores psicológicos asociados al funcionamiento de la pareja:

- El *clima social de la pareja* (grado de comunicación, de libre expresividad dentro de la familia y de interacción conflictiva).
- El *modo en que las parejas resuelven problemas o conflictos*.
- Las *tácticas de conflictos* (negociación emocional, negociación cognitiva y grado de agresividad hacia la pareja).
- Los *pensamientos automáticos relacionados con la ira-hostilidad*.
- Las *creencias y actitudes relacionadas con la ira-hostilidad*.

d) *Variables dependientes secundarias* relacionadas con los síntomas psicológicos que suelen presentar las víctimas de atentados terroristas:

- Los síntomas de TEPT.
- Los síntomas de depresión.
- Los síntomas de ansiedad.

2.) Con relación a la **Hipótesis 2** que planteaba si, en las víctimas del terrorismo con problemas de pareja, la combinación del tratamiento de pareja con TCC-CT individual o con tratamiento psicofarmacológico no aumentaría la efectividad de dicho tratamiento de pareja sobre el nivel de ajuste de la relación de pareja o sobre los factores relacionados con dicho ajuste, las variables analizadas fueron:

a) *Variables independientes*:

- El tipo de tratamiento que, para las hipótesis 2.1 y 2.3, tenía los siguientes dos valores: tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + TCC-CT individual, y para las hipótesis 2.2 y 2.4 tenía los siguientes dos valores: tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + psicofármacos.
- Los tratamientos en sí cuya puesta en marcha definían dos momentos de evaluación: pretratamiento y postratamiento.

b) *Variables dependientes primarias* relacionadas con la mejora del funcionamiento de la pareja:

- Ajuste con la pareja.
- Consenso con la pareja.
- Satisfacción con la pareja.
- Expresión de afecto hacia la pareja.
- Cohesión con la pareja.

c) *Variables dependientes secundarias* relacionadas con los factores psicológicos asociados al funcionamiento de la pareja:

- El *clima social de la pareja* (grado de comunicación, de libre expresividad dentro de la familia y de interacción conflictiva).
- El *modo en que las parejas resuelven problemas o conflictos*.
- Las *tácticas de conflictos* (negociación emocional, negociación cognitiva y grado de agresividad hacia la pareja).
- Los *pensamientos automáticos relacionados con la ira-hostilidad*.
- Las *creencias y actitudes relacionadas con la ira-hostilidad*.

d) *Variables dependientes secundarias* relacionadas con los síntomas psicológicos que suelen presentar las víctimas de atentados terroristas:

- Los síntomas de TEPT.
- Los síntomas de depresión.
- Los síntomas de ansiedad.

### 7.2.2. Instrumentos de medida de las variables dependientes

A.) *Variables dependientes primarias* relacionadas con la mejora del funcionamiento de la pareja



Para evaluar las variables relacionadas con el grado de ajuste con la pareja se empleó la Escala de Ajuste Diádico (EAD) de Spanier (1976; véase el Anexo nº 4). Se empleó la versión que aparece en Redondo Rodríguez (2012). Cuenca (2013) cita las investigaciones que señalan que esta escala ha sido la más utilizada para valorar la calidad y el ajuste de las relaciones de parejas (Graham, Liu y Jeziorski, 2006; Graham, Diebels y Barnow, 2011) e incluye una puntuación compuesta total, denominada ajuste diádico total, que es un indicador del ajuste en la relación. Según Cuenca, con este término se hace referencia también a los distintos tipos de relaciones que son objeto de estudio en la investigación actual citando a Graham et al. (2011) y a Meil (2011).

La EAD consta de 32 ítems que, además de la puntuación global en ajuste diádico, ofrece puntuaciones en cuatro subescalas: **Consenso** (evalúa con qué frecuencia la pareja está de acuerdo en temas como las finanzas familiares, religión, amistades); **Satisfacción** (si han considerado la posibilidad de divorciarse, si discuten con frecuencia, si confía en su pareja); **Cohesión** (evalúa si la pareja comparte aficiones, si se ríen juntos); **Expresión de afectos** (la frecuencia con que mantienen relaciones sexuales, si se hacen demostraciones de afecto).

Estas 4 subescalas pueden emplearse de forma aislada sin perder fiabilidad ni validez (Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982). Los estudios psicométricos realizados informan, generalmente, de una adecuada fiabilidad con una consistencia interna con valores que oscilan entre 0,50 y 0,96, tanto para la escala global como para las distintas subescalas (Busby, Christensen, Crane y Larson, 1995; Carey, Spector, Lantinga y Krauss, 1993; Graham, Liu y Jeziorski, 2006; Kurdek, 1992; Spanier, 1976; Spanier y Thompson, 1982). Por otro lado, los resultados de fiabilidad test-retest y dos mitades muestran valores superiores a 0,75 y 0,79, respectivamente (Busby et al., 1995; Carey et al., 1993). Por su parte, los estudios de validez ofrecen correlaciones elevadas con otras medidas de ajuste y satisfacción marital (Busby et al., 1995; Fisiloglu y Demir, 2000; Lim y Ivey, 2000; Spanier, 1976; Youngblut, Brooten y Menzies, 2006), un adecuado poder de discriminación entre parejas con buen y mal ajuste

(Crane, Busby y Larson, 1991; Schumm, Paff-Bergen, Hatch y Obiorah, 1986; Sharpley y Rogers, 1984; Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982) y sensibilidad al cambio terapéutico (Boning y Henss, 1983).

En España, la EAD ha sido traducida por Bornstein y Bornstein (1988, citado en Cuenca, 2013) y por Cáceres (1996). Las propiedades psicométricas de la EAD se han analizado en una muestra comunitaria de parejas (Cuenca, Gómez, Fernández y Rodríguez, 2013) y en una muestra de parejas españolas con problemas de relación (Cáceres, Herrero-Fernández y Iraurgi, 2013). Existe, además, una versión breve cuyo uso se recomienda en población española (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009) y que se ha aplicado en contextos clínicos y de investigación (Cáceres, 2002; 2004; Cáceres y Cáceres, 2006; Cáceres 2011; Espina et al. 2000; Espina, 2002; Ortiz, Gómez y Apodaca, 2002; citados en Cuenca, 2013).

**B.) Variables dependientes secundarias** relacionadas con los factores psicológicos asociados al funcionamiento de la pareja:

**1.) *El clima social de la pareja:***

Incluye el grado de comunicación de la pareja, la libre expresividad dentro de la pareja y el grado de interacción conflictiva. Para operativizar estas variables se empleó la ***Escala de Clima Social en la Familia***, de Moos y Moos (1981), en su adaptación española de Seisdedos, de la Cruz y Cordero (Moos, Moos y Trickett, 1984) (véase el Anexo nº 10).

Esta escala, a modo de cuestionario, aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familia. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen más importancia en ella y su estructura básica. Consta de 90 ítems y sus elementos están agrupados en diez subescalas que definen tres elementos fundamentales:

- ***Relaciones:*** evalúa el grado de comunicación y libre expresividad dentro de la familia, y el grado de interacción conflictiva. Está compuestos de 3 subescalas: Cohesión (C0),

Expresividad (EX) y Conflicto (CO). En la presente investigación se analizaron solo estas tres subescalas.

- **Desarrollo:** evalúa para la familia la importancia de ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados por la vida en común. Comprende cinco subescalas: Autonomía (AU), Expresión (EX), Intelectual-Cultural (IC), Social-Recreativo (SR), Moralidad-Religiosidad (MR).
- **Estabilidad:** Informa sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que ejercen unos miembros sobre otros. La forman dos subescalas: Organización (OR) y Control (CN).

Dentro de los criterios de calidad de esta escala señalamos, en primer lugar, su fiabilidad. La **fiabilidad test-retest** (rtt) con un intervalo de dos meses: Cohesión (0,86), Expresividad (0,73), Conflicto (0,85), Autonomía (0,68), Actuación (0,74), Expresión (0,74), Intelectual-Cultural (0,82), Social-Recreativo (0,77), Moralidad-Religiosidad (0,80), Organización (0,76) y Control (0,77). Muestra que es relativamente estable en el tiempo. En segundo lugar, la **consistencia interna**: Cohesión (0,78), Expresividad (0,69), Conflicto (0,75), Autonomía (0,61), Actuación (0,64), Intelectual-Cultural (0,78), Social-Recreativo (0,67), Moralidad-Religiosidad (0,78), Organización (0,76) y Control (0,67). **Índice de homogeneidad**: Cohesión (0,44), Expresividad (0,34), Conflicto (0,43), Autonomía (0,27), Actuación (0,32), Intelectual-Cultural (0,44), Social-Recreativo (0,33), Moralidad-Religiosidad (0,43), Organización (0,42) y Control (0,34).

Las correlaciones entre las 10 subescalas sugieren que se miden aspectos relativamente diferentes del clima familiar pero dentro de una consistencia considerable.

Por último, en lo que se refiere a la validez: discrimina entre familias disfuncionales y no disfuncionales.

## 2.) *El modo en que las parejas resuelven problemas y/o conflictos:*

Se utilizó el *Inventario de Resolución de Problemas Sociales-Revisado* (SPSI-R) de D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares (1999) que cuenta con una versión adaptada a la población española (Maydeu-Olivares, Rodríguez Fornells, Gómez Benito y D’Zurilla, 2000; Anexo nº 6). Es un cuestionario autoaplicable que evalúa las habilidades para resolver los problemas. Consta de 52 ítems en una escala tipo Likert con varias opciones de respuesta que van desde el 0 (no es cierto en absoluto) al 4 (extremadamente cierto). EL SPSI-R evalúa un modelo de cinco factores de la solución de problemas que incluye dos categorías globales: la “orientación al problema” y los “estilos de respuesta en la solución de problemas”.

La primera categoría, la *orientación al problema* mide un proceso esencialmente cognitivo, por el cual el paciente hace una valoración del problema al que tendrá que enfrentarse. Dos escalas, independientes entre sí, miden la orientación al problema de cada paciente: “orientación positiva al problema (PPO)” y “orientación negativa al problema (NPO)”. La segunda gran categoría del SPSI-R (que incluye tres escalas independientes que definen *tres estilos de afrontamiento del problema*: “solución racional al problema (RPS) “, “estilo impulsivo o descuidado (ICS)” y “estilo evitativo (AS)” mide las habilidades concretas que el paciente pone en marcha al afrontar un problema. Éstas, pueden ser habilidades racionales de solución de problemas, o estilos disfuncionales, como el estilo evitativo de solución de problemas o el estilo impulsivo de solución de problemas.

En lo que se refiere a los criterios de calidad de este instrumento la consistencia interna se sitúa entre 0,69 y 0,95, la correlación test-retest entre 0,72 y 0,88 y ha demostrado tener validez estructural, concurrente, predictiva, convergente y discriminativa (D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1997). En la versión española del SPSI-R se utilizó un análisis de covarianza para comparar la adecuación de la estructura de cinco factores del SPSI original (Maydeu-Olivares y D’Zurilla, 1996) a una versión española revisada del cuestionario, obteniéndose un error de aproximación similar en ambas muestras, así como unas propiedades psicométricas factoriales

adecuadas en cuatro de los cinco factores del inventario (PPO, NPO, RPS y AS), ya que tales factores mostraron en las dos muestras estudiadas una carga factorial comparable de las escalas de ambas versiones (Maydeu-Olivares et al., 2000). Únicamente se encontraron discrepancias en la carga factorial de la escala ICS, sobre la cual los resultados indicaban que en la muestra de estudiantes españoles estaba más relacionada con una toma de decisiones rápida y menos con un análisis racional de cada alternativa de solución. En la versión española la consistencia interna se sitúa entre 0,68 y 0,90 (Maydeu-Olivares et al., 2000).

**3.) *Las tácticas de conflictos (negociación emocional, negociación cognitiva y el grado de agresión psicológica hacia la pareja):***

Para operativizar estas variables se emplearon la *Escala de Tácticas de Conflicto* y su versión actual revisada (Conflict Tactics Scale, Revised, CTS2; Straus et al., 1996, Anexo nº 5). Se ha utilizado la traducción española de la CTS-2 de Graña y Muñoz que aparece en Redondo Rodríguez (2012). Este cuestionario consta de 78 ítems y su consistencia interna (alfa de Cronbach) varía según la subescala y la muestra, pero oscila entre 0,34 y 0,94 (Straus, 2004, 2007), con propiedades similares en las versiones en inglés y español (Connelly et al., 2005 citados todos en Loinaz, Echeburúa, Ortiz-Tallo y Amor, 2012). El objetivo de la CTS2 es evaluar si dentro de la pareja (no es necesario que convivan en el mismo domicilio) se llevan a cabo conductas agresivas y pregunta tanto por lo que el paciente ha hecho a la pareja (perpetuación), como por lo que considera que la pareja le ha hecho a él (victimización). Está basado en la teoría del conflicto (Adams, 1965) que considera el conflicto como una táctica de relación e interacción humana, siendo la violencia, en este sentido, una táctica errónea de resolución de conflictos. Con esta escala podemos obtener 3 índices de: prevalencia en el último año, prevalencia a lo largo de la vida y cronicidad o frecuencia anual.

El cuestionario consta de 10 subescalas. Cada una de estas subescalas tiene la doble vertiente de lo que el paciente le hace a la pareja (perpetración) y de lo que cree que su pareja le ha hecho a él (victimización). Los ítems para las escalas de victimización son los mismos en

contenido, pero en este caso el sujeto de las acciones es la pareja y el receptor es la persona que está contestando el cuestionario.

Las diez subescalas son las siguientes:

- Negociación emocional: se refiere a todas aquellas estrategias, basadas en la comunicación y en la expresión de sentimientos, que se lleven a cabo para resolver diferencias o desencuentros entre la pareja.
- Negociación cognitiva: hace referencia a estrategias cognitivas no violentas utilizadas para solucionar conflictos en pareja
- Agresión psicológica menor: se refiere a todo tipo de violencia psicológica hacia la pareja de tipo leve-moderado como, por ejemplo, insulté o maldije a mi pareja, grité o chillé a mi pareja, me marché dando un portazo del cuarto o de casa durante una discusión o hice algo para hacer rabiar o fastidiar a mi pareja.
- Agresión psicológica grave: hace referencia a violencia de tipo psicológica más grave como, por ejemplo, destruí algo que pertenecía a mi pareja o amenacé con pegar o tirarle algo a mi pareja.
- Agresión física menor: se refiere a actos de violencia física como, por ejemplo, retorcí el brazo o tiré del pelo a mi pareja, empujé a mi pareja, agarré a mi pareja o abofeteé a mi pareja.
- Agresión física grave: actos de violencia física más graves como, por ejemplo, empleé un cuchillo o un arma contra mi pareja, pegué a mi pareja con algo que podía hacerle daño (puñetazo, objeto), arrojé a mi pareja contra la pared, le di una paliza a mi pareja o le di una patada a mi pareja.
- Coerción sexual menor: hace referencia a todas aquellas conductas dirigidas a insistir (sin violencia física) en mantener relaciones sexuales, a pesar de que a la pareja no le apetezca, como por ejemplo, insistí en tener relaciones sexuales

cuando mi pareja no quería (pero no empleé la fuerza física) o insistí para que mi pareja tuviera sexo oral o anal conmigo (pero no emplee la fuerza física).

- Coerción sexual grave: situaciones de tipo sexual, donde se ha empleado violencia física o verbal para obligar a la pareja a mantener dichas relaciones como, por ejemplo, empleé la fuerza (pegar, sujetar, usar un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales conmigo o amenacé a mi pareja para obligarla a tener sexo oral o anal conmigo.
- Daño menor: en las dos subescalas de daño se valoran las consecuencias de las agresiones de tipo físico como, por ejemplo, heridas, contusiones, hematomas, fracturas, etc., que han sido producidas como consecuencia de episodios violentos entre la pareja (p. ej., mi pareja ha sufrido un esguince, cardenal o corte a consecuencia de una pelea conmigo; mi pareja sintió dolor físico que duró más de un día después de una pelea conmigo).
- Daño grave: hace referencia a consecuencias físicas de mayor gravedad de los episodios violentos (p. ej., mi pareja tuvo que acudir al médico por una pelea conmigo; mi pareja sufrió la fractura de un hueso a consecuencia de una pelea conmigo).

#### **4.) *Los pensamientos automáticos relacionados con la ira-hostilidad:***

Se utilizó el *Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-Hostilidad* (IPRI; véase Anexo nº 7). Se trata de una escala de 26 ítems desarrollada por Magán Uceda, Sanz y García-Vera (2010a), que permite la cuantificación válida y fiable de este componente cognitivo de la ira-hostilidad en población general española. En general, podemos afirmar que este inventario se estructura en cuatro factores de pensamientos automáticos de ira y hostilidad, diferenciados en función de su contenido, lo cual estaría en consonancia con el modelo cognitivo de Beck sobre la especificidad del contenido del autodiálogo de cada emoción (Beck,

2003, Beck et al., 1983, citado en Magán Uceda, 2010). Concretamente, estas cuatro categorías son:

- a) ***Pensamientos Hostiles*** (PH) que se refiere a los pensamientos automáticos negativos de suspicacia, así como de deseo de venganza y las conductas necesarias para ello.
- b) ***Pensamientos Físicamente Agresivos*** (PFA), es decir, aquellos pensamientos cuyo contenido versa sobre el deseo de hacer daño físico a la otra persona y las conductas necesarias para ello.
- c) ***Pensamientos Verbalmente Agresivos*** (PVA), categoría referida a los pensamientos altamente negativos sobre la otra persona, así como a las conductas necesarias para implicarse en un episodio de agresividad verbal.
- d) ***Pensamientos de Afrontamiento*** (PA). Esta última categoría presenta un contenido bastante diferente a las tres anteriores, puesto que se refiere a pensamientos de contenido más positivo, en forma de autoinstrucciones para iniciar o facilitar conductas de afrontamiento adaptativo a los episodios de ira y hostilidad.

A su vez, estas cuatro categorías se estructuran en dos escalas más generales que son coherentes con el contenido de las mismas, optimizándose la interpretabilidad psicológica del instrumento. Por un lado, existe una primera escala más general, denominada Pensamientos Hostiles y Agresivos en la Ira-Hostilidad, que aglutina las tres subescalas con un contenido más negativo: Pensamientos Hostiles, Pensamientos Verbalmente Agresivos y Pensamientos Físicamente Agresivos. Por otro lado, Pensamientos de Afrontamiento en la Ira-Hostilidad sería la segunda escala general que coincide con la categoría de Pensamientos de Afrontamiento, que, como acaba de comentarse, presenta un contenido radicalmente opuesto a las anteriores. Sin embargo, no se ha constatado una puntuación global del IPRI, lo cual es coherente, puesto que Pensamientos de Afrontamiento se refiere a un aspecto diferente de las emociones negativas, en concreto de la experiencia de ira y hostilidad, puesto que se centra en las



autoinstrucciones que las personas se dan a sí mismas para facilitar un afrontamiento positivo de estos episodios.

Por otro lado, el IPRI presenta buenos índices de consistencia interna, puesto que todos ellos superan el criterio de 0,80, y, en el caso de la escala de Pensamientos Hostiles y Agresivos en la Ira-Hostilidad, supera el criterio excelente de 0,90, todo lo cual garantiza la fiabilidad de la medida de los pensamientos automáticos de ira-hostilidad. Asimismo, los análisis de correlación parcial evidencian relaciones moderadas de las escalas y subescalas del IPRI con medidas bien establecidas de rasgo y expresión de la ira, lo que demuestra que el IPRI tiene adecuados índices de validez de criterio en adultos de la población general española. Es más, las escalas y subescalas del IPRI presentan índices adecuados de validez discriminante respecto a medidas bien establecidas de ansiedad y depresión, lo que sugiere que permite identificar pensamientos automáticos específicamente asociados con la ira-hostilidad en comparación a aquellos pensamientos asociados de forma general con otras emociones negativas con las que presenta una elevada comorbilidad como la ansiedad y la depresión.

Finalmente, destacar que todas las escalas y subescalas del IPRI presentan una distribución normal coherente con la conceptualización de la ira-hostilidad como fenómenos psicológicos normales, con la única excepción de la subescala de Pensamientos Físicamente Agresivos; excepción que es coherente con el contenido tan socialmente indeseable de sus ítems y que haría que o bien las personas puntuaran bajo por un sesgo de deseabilidad social o bien que sólo una pequeña parte de la población, aquella con problemas graves de ira-hostilidad, puntúe más en esa subescala.

### **5.) *Las creencias y actitudes relacionadas con la ira-hostilidad:***

Se utilizó el *Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-Hostilidad* IACRI desarrollado por Magán Uceda, Sanz y García Vera (2010b) (véase el Anexo nº 8). Se trata de un inventario para la evaluación de actitudes y creencias disfuncionales relacionadas con la ira y la hostilidad basado, según Magán Uceda (2010), en el modelo cognitivo de la ira

de Beck (Beck, 2003; Beck et al., 1983 y el modelo transaccional de la ira de Deffenbacher (Dahlen y Deffenbacher, 2001 Deffenbacher y McKay, 2000a, 2000b Deffenbacher, 1996).

Este instrumento de 36 ítems ofrece tanto una medida global de actitudes y creencias disfuncionales relacionadas con la ira-hostilidad, como cinco medidas (o subescalas) que se corresponden con cinco tipos diferentes, pero moderadamente relacionados, de actitudes y creencias:

- ***Derecho a No Tener Experiencias Negativas*** (DNTEN): refleja un conjunto de actitudes referidas a la creencia de que no se tiene que sufrir acontecimientos negativos o problemas de la vida cotidiana, tales como desaprobaciones o críticas, rechazo a las propias peticiones o deseos o, en general, las cosas han de acontecer como uno desea. Este factor también se refiere a la tendencia a externalizar la supuesta fuente de problemas, es decir, evaluaría la actitud de culpabilizar a otras personas que, en consecuencia, han de ser castigadas para resarcir el supuesto daño sufrido.
- ***Necesidad de Expresar la Ira*** (NEI). Este factor evalúa el conjunto de creencias y actitudes de la ira y la hostilidad referidas a una serie de ideas inadecuadas sobre la expresión de ira independientemente de las consecuencias que pueda tener sobre otras personas o la situación o como mecanismo o estrategia para lograr las propias metas, infundir respeto o, en general, controlar a otras personas o la situación.
- ***Susplicacia - Desconfianza Paranoide*** (SP/DP): que evalúa las actitudes referidas a una visión muy negativa de las otras personas, visión caracterizada por la suspicacia y la desconfianza hacia ellas en el sentido de que suelen interpretar que casi siempre se esconden intenciones maliciosas y dañinas detrás de sus acciones.
- ***Derecho a Tener Experiencias Positivas*** (DTEP): se refiere a la creencia general de poseer el derecho de tener experiencias positivas, en el sentido de que siempre han de tratarles de forma adecuada o de recibir por parte de terceras personas el reconocimiento supuestamente merecido. Esto es así, porque subyace la creencia de que existen una serie

de normas de comportamiento, extremadamente rígidas, que han de cumplirse para que todo funcione de forma adecuada.

- ***Resistencia a delegar tareas o trabajos por desconfianza*** (R): presentan un contenido referido a la creencia de que las cosas deben realizarse bien, perfecta o correctamente, en relación con un conjunto rígido de reglas, puesto que estas reglas son implícitas, y tras las cuales subyace la sospecha o desconfianza de que los otros puedan hacerlo correctamente, con lo que presentan una actitud de control hacia las diferentes tareas, funciones o actividades, siéndoles muy difícil delegar.

Estas seis medidas (escala global y subescalas) han presentado, en dos muestras de la población general española, índices adecuados de fiabilidad de consistencia interna (superior a 0,80) y de validez factorial, de criterio y discriminante, además de presentar distribuciones normales de sus puntuaciones.

**C.) Variables dependientes secundarias** relacionadas con los síntomas psicológicos que suelen presentar las víctimas del terrorismo:

- 1.) Los ***síntomas de TEPT***: se utilizó la ***Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica*** (PCL-S; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993) en su adaptación española (Vázquez et al., 2006) y con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas experimentados por las víctimas del estudio (véase el Anexo nº 9). La PCL-S está formada por 17 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático y que cubren los síntomas de los criterios diagnósticos según el DSM-IV. La PCL-S muestra índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Reguera et al., 2014). En lo que se refiere a la adaptación española, ha mostrado también índices de fiabilidad adecuados en muestras españolas de la población general (alfa =0,89; Vázquez

et al., 2006) y de la población de víctimas de terrorismo ( $\alpha = 0,94$ ; Reguera et al., 2014).

- 2.) Los *síntomas de depresión*: se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck-II* (BDI-II; Beck et al., 1996), en su adaptación española (Beck et al., 2011). El BDI-II está formado por 21 grupos de afirmaciones o ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos según el DSM-IV. Para cada ítem, la persona evaluada debe escoger la afirmación que mejor refleja su estado en las últimas dos semanas y que son valoradas de 0 a 3 según la gravedad que representan, de manera que el BDI-II proporciona una puntuación total en depresión con un rango de 0 a 63. El BDI-II muestra índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck et al., 2011). En lo que se refiere a la adaptación española, ha mostrado índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej.,  $\alpha =$  entre 0,87 y 0,91; Sanz, 2013).
- 3.) Los *síntomas de ansiedad*: se utilizó el *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI; Beck et al., 1988) en su adaptación española (Beck y Steer, 2011). El BAI está formado por 21 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de ansiedad. En cada uno de los 21 ítems la persona evaluada debe valorar en escalas de tipo Likert de 4 puntos el grado en que tales síntomas le han molestado en la última semana, desde nada (0) a grave (3), de manera que el BAI proporciona una puntuación total en ansiedad entre 0 y 63. El BAI muestra índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck y Steer, 2011). En lo que se refiere a la adaptación española, ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej.,  $\alpha =$  entre 0,88 y 0,92; Sanz, 2014). Este instrumento ha sido aplicado y validado en diferentes cuadros clínicos, entre ellos el TEPT, con propiedades psicométricas satisfactorias y resultados valiosos para su utilización en el ámbito clínico. El índice de consistencia interna, arroja

un coeficiente alfa de Cronbach para la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) de 0,94. La eficacia diagnóstica de la escala alcanza valores superiores al 85% en todos sus ítems y es de un 97% en el ítem global, con una sensibilidad y especificidad del 86% y del 100%, respectivamente.

### 7.2.3. Otras variables de interés

#### A.) Adherencia al tratamiento

Se consideraron tres índices sobre la adherencia al tratamiento que se cuantificaron del siguiente modo:

- **Abandono del tratamiento:** variable cualitativa nominal con dos niveles: abandono y no abandono.
- **Asistencia a sesiones:** variable cuantitativa del número de sesiones al que habían asistido las participantes en el estudio.
- **Cumplimiento de tareas:** variable cuantitativa sobre las tareas asignadas para casa que llevaron a cabo los participantes en el estudio. Se valoró el grado de cumplimiento de las tareas en una escala de 0 a 5, donde 0 = nada, 1 = algo, 2 = regular, 3 = bastante y 4 = mucho.

#### B.) Variables sociodemográficas y relacionadas con los problemas de relación

Se tuvieron en cuenta las siguientes características sociodemográficas y las siguientes circunstancias de los problemas de relación que fueron evaluadas mediante los instrumentos que continuación se detallan:

- 1.) Para medir los *aspectos sociodemográficos* de los miembros de la pareja (la edad, el nivel académico, así como la profesión o la situación laboral actual), así como otros datos básicos de la historia de la pareja (como el tiempo de pareja, el tiempo de convivencia, el estado civil, si tienen o no hijos, con quién conviven, si ha habido rupturas previas, el

motivo, y si se han separado o divorciado legalmente) se utilizó una entrevista semiestructurada creada *ad hoc* para este estudio (véase el Anexo nº 2), que se aplica de manera conjunta con ambos miembros de la pareja.

- 2.) Para medir las variables relacionadas con la ***calidad de la relación de pareja y los problemas de relación*** se utilizó una entrevista semiestructurada individual creada *ad hoc* para este estudio (véase el Anexo nº 3), en la que se recoge información sobre los siguientes aspectos en la relación de pareja:

- a) ***Definición de la conducta problema, topografía y análisis funcional:*** Recoge aspectos como el grado de satisfacción con la convivencia, los conflictos en la pareja, indagando sobre cuál es el principal problema en la pareja (de comunicación, de agresividad, de estrés, problemas sexuales, problemas con hijos/padres otros familiares), y si este problema principal está relacionado con el atentado. Además, recoge la duración de ese problema, el peor y el mejor momento en la relación y si están relacionados ambos con el atentado, los motivos de mejoría y la existencia de tratamientos previos de pareja etc. También recoge la frecuencia y el grado de interferencia de esos problemas. Por último, recoge los antecedentes, consecuentes y estímulos delta asociados al conflicto y las cogniciones, emociones y las conductas antes, durante y después del conflicto.
- b) ***Componentes cognitivos:*** recoge las expectativas, actitudes, con respecto al conflicto antes, durante y después del desarrollo del mismo. También recoge la percepción de diferencias de género en los papeles apropiados en una relación de pareja, así como el hecho de que si la pareja satisface las expectativas. Por último, recoge el grado de confianza y de apoyo percibido en el otro miembro de la pareja.
- c) ***Componentes emocionales:*** recoge elementos como la comprensión de las propias emociones y las de la pareja, la empatía, la existencia de sentimientos de ira y/o de culpa y la frecuencia en que estos se manifiestan. También explora las expresiones de afecto entre los miembros de la pareja y la frecuencia de las mismas.

- d) ***Estrategias de afrontamiento***: explora si hay dificultades en la comunicación, en la expresión de emociones, en el sentirse escuchado por la otra persona. También explora el proceso de la toma de decisiones entre los miembros de la pareja, el cumplimiento de responsabilidades y el grado de satisfacción con el reparto de las tareas, la satisfacción con el tiempo libre y el nivel de cohesión en la pareja expresado en si comparten tiempo de ocio.
- e) ***Estrategias de afrontamiento ante el atentado***: explora la utilización de estrategias de afrontamiento tanto adaptativas (búsqueda de apoyo social, la Planificación y el afrontamiento activo, el centrarse en las emociones y desahogarse, la aceptación del hecho, el concentrar esfuerzos para solucionar la situación, el crecimiento personal a raíz de la experiencia, la reinterpretación positiva, la utilización de la religión como alivio) como disfuncionales ante el atentado (el consumo de drogas o alcohol, el abandono de esfuerzos de afrontamiento, la negación, la evasión, el refrenar el afrontamiento, así como la utilización del humor).

### **C.) Variables extraña o de control**

Para la comprobación de las hipótesis 2 que implicaba la comparación de grupos de participantes que recibieron dos tipos de tratamiento (tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + TCC-CT individual o tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + psicofármacos), se trató de controlar el posible efecto de varias variables extrañas o de control que podían ejercer algún tipo de influencia sobre el tratamiento y sus resultados y que, por lo tanto, podían enmascarar o distorsionar los efectos de éste o su eficacia diferencial. La selección de estas variables se estableció en función de una revisión sobre los posibles factores que pueden influir en los problemas de relación de pareja. La identificación y control del valor de estas posibles variables contaminadoras como las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, etc.) o algunas circunstancias de los problemas de relación (p. ej.,

existencia de un nivel de agresión psicológico o físico significativo, frecuencia de la violencia, etc.) se realizó mediante métodos estadísticos en los análisis de datos, tal y como se detallará más adelante en el apartado correspondiente.

Por otro lado, y de manera general para todas las hipótesis puestas a prueba en el presente estudio empírico, se tuvieron en cuenta otras variables extrañas o contaminadoras que se detallan a continuación: el terapeuta que realizó el tratamiento de pareja (para su control se aplicó la constancia, siendo el tratamiento llevado a cabo por la autora de esta tesis doctoral) y los evaluadores. La evaluación pretratamiento y la evaluación postratamiento de las parejas participantes en el estudio respecto a las variables dependientes relacionadas con el funcionamiento de pareja y con los factores asociados a dicho funcionamiento, fueron realizadas por la misma psicóloga, la autora de esta tesis doctoral. Las evaluaciones de las variables dependientes relacionadas con los síntomas psicológicos que suelen presentar las víctimas del terrorismo fueron realizadas, para algunos de los miembros de las parejas del estudio (siete parejas), por las psicólogas encargadas de la realización de la TCC-CT individual y que pertenecían al equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid y la AVT que se mencionó líneas atrás (véase, p. ej., Gesteira Santos, 2016). Para los restantes participantes, dichas evaluaciones también fueron realizadas por la misma psicóloga, la autora de esta tesis doctoral. Hay que señalar que todas estas evaluaciones, como se precisará más adelante, se realizaron aplicando un protocolo estándar, basado esencialmente en cuestionarios, lo que relativiza de forma importante la intervención del evaluador.

### **7.3 Procedimiento**

En la Figura 5 se presenta un diagrama esquemático de las fases más importantes del procedimiento de este estudio. Como se comentó en el apartado anterior sobre el reclutamiento y selección de participantes, los pacientes entraron en contacto con la asociación AMUVITE



procedentes de varias fuentes. En la asociación, a las parejas que estaban interesadas en el estudio se les asignó una cita para la primera sesión de evaluación que era común a todos ellos.

El objetivo era realizar una evaluación integral de ambos miembros de la pareja juntos y de cada persona individualmente. Como parte de la evaluación se realizó una entrevista inicial estructurada confeccionada ad hoc para este estudio, primero conjunta (véase el Anexo nº 2), y luego individual (véase el Anexo nº 3).

En esta primera sesión de evaluación se les informó sobre las condiciones generales del tratamiento, y se escuchó la versión de cada uno de los problemas que les afectan, sus expectativas y esperanzas sobre la terapia, y sus motivaciones respectivas para involucrarse en la terapia. Para engendrar esperanza para la pareja, se preguntó sobre la primera etapa en su relación, o cualquier otro momento en la relación en el cual ellos experimentaron emociones y conductas positivas. En esta sesión se explicó también el tema de la confidencialidad indicando que cualquier información compartida con el terapeuta sin la presencia del otro miembro podía ser compartida por el terapeuta a su discreción en una sesión de pareja, para que el terapeuta no se quede atrapado en un secreto lo cual puede ser relativamente común en los individuos con sintomatología de TEPT, que son hipervigilantes sobre su seguridad en general (Monson y Fredman, 2015).

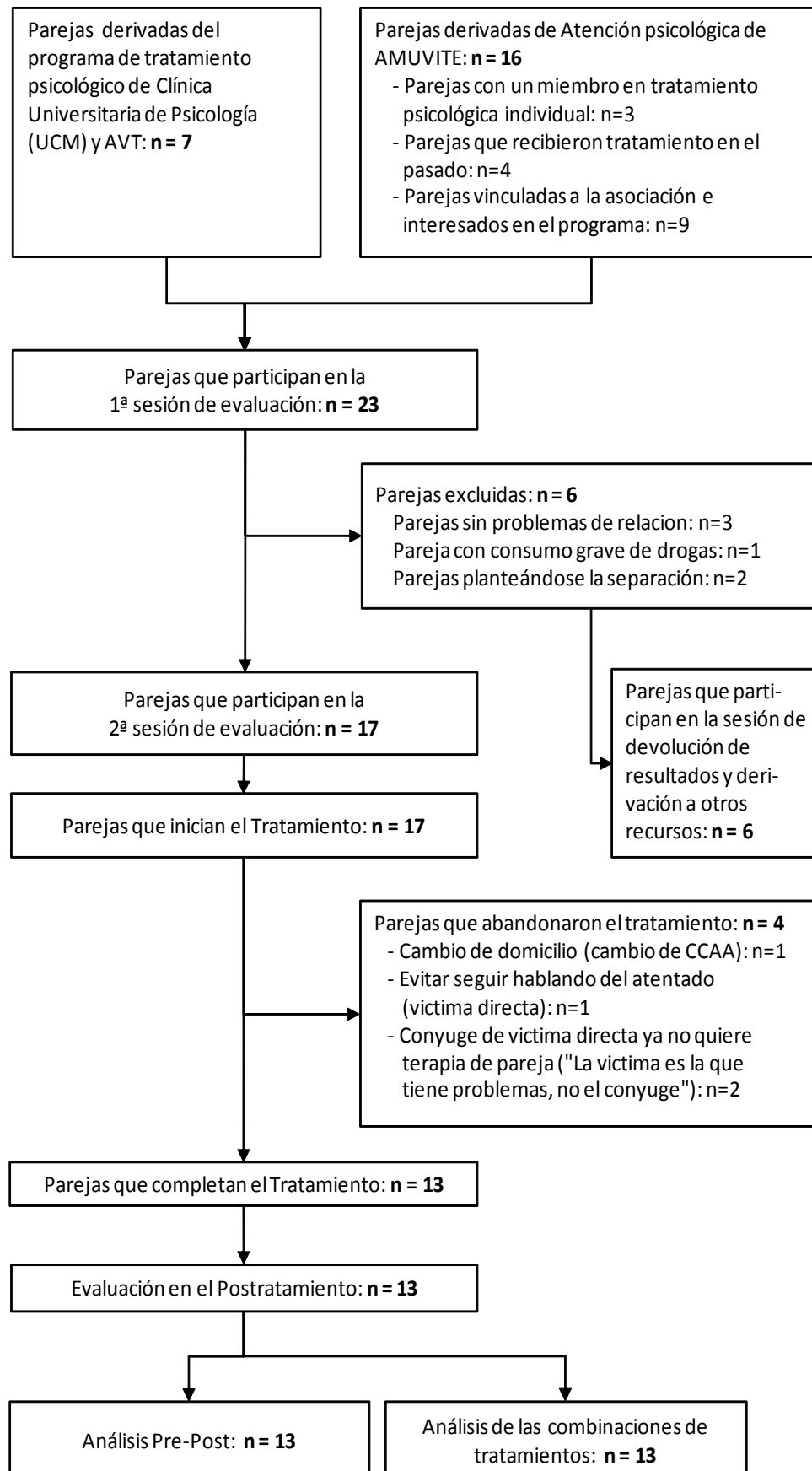


Figura 5. Diagrama del flujo de participantes, procedimiento de este estudio (y esquema de los análisis estadísticos realizados).

Como parte de la evaluación se aplicó la entrevista inicial estructurada primero conjunta y luego individual (véanse los Anexo nº 2 y Anexo nº 3), con cada miembro de la pareja donde se tomaron las medidas sociodemográficas de la pareja, algunas medidas relacionadas con el funcionamiento de la pareja y con su historia, y la posible relación de los problemas presentados en la pareja con los atentados, las estrategias de afrontamiento individuales de cada miembro de la pareja frente a los atentados (en el caso de que fuesen pareja en ese momento) así como otras variables relacionadas con el grado de conflicto en la pareja y que permitían hacer un análisis funcional de la conducta. Mientras cada uno de los participantes realizaba la entrevista individual (aproximadamente 30 minutos), el otro miembro de la pareja comenzaba a rellenar los cuestionarios del funcionamiento de pareja que nos permitían excluir a los participantes. En este sentido, se utilizó la Escala de Ajuste Diádico (EAD) de Spanier (1976; véase el Anexo nº 4), para valorar que realmente existían problemas de relación de pareja, complementando la información obtenida en la entrevista, y la Escala de Tácticas de Conflicto revisada (CTS-2) de Straus et al. (1996; véase el Anexo nº 5), para excluir aquellas parejas que presentaban niveles de agresión física graves, en cuyo caso no se recomienda la terapia de pareja. Al finalizar las entrevistas se completaron los cuestionarios individuales incluidos en la primera sesión, que se detalla en el protocolo de evaluación más adelante, así como se terminaron los dos instrumentos de pareja referidos anteriormente (a aquellos participantes que no les dio tiempo a concluirlos) durante la realización de la entrevista individual con el otro miembro de la pareja).

Una vez valorados los resultados obtenidos en las entrevistas y en las pruebas aplicadas, seleccionamos las 17 parejas del estudio. Posteriormente, vía telefónica, a las parejas seleccionadas, se procedió a citarles para una segunda sesión de evaluación, donde se procedió a la firma del consentimiento para el tratamiento (Anexo nº 1) se brindó retroalimentación a la pareja concerniente con su funcionamiento individual y de pareja según los resultados de la evaluación aplicada en la primera sesión, lo cual refuerza la necesidad de realizar la terapia de

pareja, y se utilizó como un medio para involucrarles en el tratamiento. Como parte de la evaluación inicial, el terapeuta y la pareja identificaron temas claves relacionados con los problemas de relación. Además, se aplicaron los cuestionarios y pruebas psicológicas restantes que conforman el protocolo de evaluación y que detallamos más adelante. A las parejas no seleccionadas se les citó también para una segunda sesión donde se les explicó los resultados de la evaluación inicial y los motivos de exclusión del tratamiento, derivándose a los recursos y servicios donde se les pudiese atender, de acuerdo a su problemática particular.

En los siguientes apartados se describen con más detalle el proceso de evaluación y el protocolo de tratamiento que formó parte de este estudio.

### **7.3.1 Proceso de evaluación**

Una vez que los pacientes fueron citados para la primera sesión de evaluación, común a todos los participantes, se activó el protocolo de evaluación pretratamiento que estaba particularmente diseñado para la operativización de las variables planteadas en el diseño del estudio. Como hemos referido, el proceso de evaluación inicial fue realizado en las dos primeras sesiones y se basó en los instrumentos que se recogen en la Tabla 11 y que ya fueron descritos en un apartado anterior. Estos instrumentos se utilizaron tanto en la evaluación pretratamiento como en el postratamiento, a excepción de la entrevista estructurada inicial conjunta e individual de cada miembro de la pareja que solo se utilizó en la evaluación inicial.

#### ***7.3.1.1 Proceso de evaluación en el pretratamiento***

Antes de comenzar el tratamiento se aplicaron todos los instrumentos de evaluación recogidos en la Tabla 11 en dos sesiones.

***La primera sesión de evaluación*** incluye una parte del proceso de evaluación de los problemas de pareja y de algunos problemas individuales clínicos, así como la motivación para el tratamiento. Esto incluye la entrevista estructurada de pareja que se presenta en este

documento, así como los cuestionarios contemplados para esta primera sesión (véase la Tabla 11. Protocolo de evaluación de la pareja), todo ello según las instrucciones que aparecen en cada uno de los instrumentos mencionados.

La aplicación de la entrevista se realizó en varias modalidades. En un primer momento, se llevó a cabo la aplicación de la entrevista estructurada sobre características sociodemográficas de la pareja, de manera conjunta, con una duración de 10 minutos. En un segundo momento, se llevó a cabo la aplicación, de manera individual, de 30 minutos aproximadamente. La realización de los cuestionarios, se llevó a cabo de manera simultánea a la entrevista individual. Y los cuestionarios restantes se hicieron al final de la entrevista.

En *la segunda sesión de evaluación* se aplicaron, a las parejas seleccionadas para el estudio, los cuestionarios restantes, tanto uno individual como el resto de pareja, aplicándose todos los instrumentos psicométricos que conformaban el protocolo de evaluación y que se mencionaron antes.

Una vez finalizada la aplicación de las entrevistas y los cuestionarios y antes de cerrar el período de evaluación, el terapeuta llevó a cabo el proceso de corrección de los cuestionarios aplicados en sesión. La realización de este trabajo se convierte en fundamental a la hora de (a) seleccionar las parejas participantes del estudio, (b) individualizar el proceso terapéutico, es decir, de adaptar el tratamiento a las variables más relevantes en cada caso. Una vez recopilados los datos obtenidos a través de los instrumentos descritos, el terapeuta realizó una formulación del caso. El proceso de formulación corresponde a la última parte de la evaluación y responde a un esfuerzo integrador por parte del terapeuta que debe dar cuenta de las variables más relevantes que intervienen en el problema, así como de las relaciones entre las mismas.

Con el fin de facilitar la labor del terapeuta, se realizó un esquema de formulación de la pareja. El esquema de formulación fue tenido en cuenta por el terapeuta a lo largo de todo el tratamiento, para saber en qué módulos y contenidos concretos se debería hacer un especial hincapié, dadas las características idiosincrásicas de cada pareja.

Es importante tener en cuenta, además, que en diferentes partes del tratamiento se hace alusión de manera explícita al esquema de formulación del que se está tratando. Por ello, se convierte también en una herramienta imprescindible de trabajo a nivel práctico dentro del tratamiento en pareja.

En la Tabla 11 se presenta un resumen de los instrumentos aplicados tanto en la evaluación pretratamiento como en los otros momentos de medida.

*Tabla 11. Protocolo de evaluación de la pareja*

<b>1. Presentación del tratamiento a la pareja</b>
<b>2. Entrevistas estructuradas de pareja:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Datos preliminares (en conjunto)</li> <li>b) Entrevista individual</li> </ul>
<b>3. Instrumentos de Evaluación</b> <p><b>SESIÓN I</b></p> <p><b>Cuestionarios de pareja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Escala de Ajuste Diádico de Spanier (EAD)</li> <li>2) Escala de Tácticas de Conflicto revisada (CTS-2)</li> </ul> <p><b>Cuestionarios individuales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (PCL-S)</li> <li>2) Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II)</li> </ul> <p><b>SESIÓN II</b></p> <p><b>Cuestionarios de pareja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Escalas de Clima Social: Familia (FES)</li> <li>2) Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado (SPSI-R)</li> <li>3) Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-hostilidad (IPRI)</li> <li>4) Inventario de Actitudes y Creencias Relacionados con la Ira-hostilidad (IACRI)</li> </ul> <p><b>Cuestionario individual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</li> </ul>

### ***7.3.1.2 Proceso de evaluación durante el tratamiento***

En todas las sesiones de tratamiento se midieron las variables dependientes correspondientes a los módulos y contenidos de las sesiones, según el protocolo de evaluación del presente estudio (véase la Tabla 11).

### ***7.3.1.3 Proceso de evaluación en el postratamiento***

Al finalizar el tratamiento se administraron las mismas pruebas de evaluación que en el pretratamiento, a excepción de las entrevistas estructuradas conjunta e individuales, aplicándose nuevamente todos los cuestionarios que conformaban el protocolo de evaluación pretratamiento (véase la Tabla 11).

## **7.3.2 El proceso de tratamiento**

Los tratamientos que conformaron este estudio se corresponden a una adaptación del protocolo de la terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012), que es la terapia que, como ya se ha demostrado suficientemente en los primeros capítulos de la presente tesis doctoral, cuenta con un mayor apoyo empírico en las investigaciones con parejas en las que algún miembro presenta sintomatología de estrés postraumático y sus síntomas asociados. Conjuntamente, y dado que nuestro objetivo central es la mejora del funcionamiento de la pareja, y no un tratamiento específico del estrés postraumático y sus comorbilidades en pareja como lo es el tratamiento de Monson y Fredman, se utilizaron las aportaciones de la terapia de pareja cognitivo-conductual (Baucom y Epstein, 1990; Epstein y Baucom, 2002; Floyd, Markman, Kelly, Blumberg y Stanley, 1995; Halford, 2001; Baucom et al., 2008, 2015) que se han abordado en el marco de la presente tesis doctoral y que, como ya se ha dicho, también es la que cuenta con un mayor aval empírico en el campo de la terapia de pareja.

Además, hemos considerado algunas aportaciones de la terapia enfocada en las emociones en el manejo de las emociones por los miembros de la pareja, específicamente las obras de Greenberg y Safran (1987), Johnson y Williams-Keeler (1998), Johnson (2002, 2007, 2015), Rheem et al. (2012) y de Karris y Caldwell (2015), cuyas aportaciones teóricas han sido descritas en la presente investigación. La terapia enfocada en las emociones para parejas presenta una larga tradición en el manejo de los intercambios emocionales, tanto en parejas con problemas de relación como en parejas con algún miembro traumatizado, cuyo trauma afecta la relación de pareja.

Se procedió a sistematizar el tratamiento, manualizándolo con el fin de lograr una aplicación lo más fiel posible a los objetivos, estrategias, técnicas y actividades fundamentales del mismo.

### ***7.3.2.1 Consideraciones a la entrega de la terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma para víctimas del terrorismo***

Las adaptaciones que se realizaron al protocolo de Monson y Fredman (2012) parten de varias consideraciones.

***En primer lugar***, hemos tenido en cuenta que la terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) es un tratamiento diseñado cuyo objetivo prioritario es el tratamiento específico del estrés postraumático en un formato de pareja. De hecho, es importante enfatizar que, según Monson y Fredman (2015), una pareja no tiene que estar afectada para que el individuo con TEPT, mediante el tratamiento, presente mejoras en relación con su trastorno y los síntomas comórbidos o presente aumentos del funcionamiento de la relación (Shnaider et al., 2014). En cambio, en nuestro tratamiento el objetivo principal es la mejora de la relación, por lo que nosotros si tuvimos en cuenta la existencia de problemas de relación de pareja para realizar el tratamiento.



En este sentido, de acuerdo a su objetivo principal, el tratamiento de Monson y Fredman (2012), se trata de un protocolo de quince sesiones. Del mismo, hemos seleccionado las etapas 1 y 2 del tratamiento, descritas con anterioridad, y no se ha hecho el trabajo específico centrado en las cogniciones postraumáticas de la etapa 3, tal cual lo realizan las autoras que dedican seis sesiones con este objetivo. Si bien es cierto que, en nuestra última sesión, se trabaja el crecimiento postraumático y se revisan y refuerzan los logros del tratamiento de pareja, así como la prevención de recaídas, igual que en el protocolo original este trabajo se realiza en las dos últimas sesiones. Esta selección de sesiones la hemos realizado porque nuestro objetivo primordial, repetimos, es la mejora de la relación de pareja y no un tratamiento específico del estrés postraumático y sus comorbilidades en pareja. Como ha quedado claro en el capítulo 1 de la presente investigación, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, de tipo individual, es el tratamiento de elección en una población similar a nuestra muestra, puesto que cuenta con aval empírico en estudios de eficacia y efectividad. Para el objetivo de la mejora de la relación de pareja se utilizan, como ya se ha dicho, los aportes de la terapia de pareja cognitivo-conductual.

De hecho, los creadores del protocolo de tratamiento, Monson y Fredman (2012), recomiendan que para parejas que deseen abordar las dificultades en la relación asociadas al TEPT, pero que no desean hacer el trabajo enfocado al trauma que se realiza en la etapa 3, los terapeutas podrían proporcionar simplemente las etapas 1 y 2.

*En segundo lugar*, hemos tenido en cuenta el carácter particular de nuestra muestra (víctimas del terrorismo que presentaban problemas de relación de pareja y, al mismo tiempo, a muy largo plazo, presentaban sintomatología de TEPT, depresiva y/o ansiosa) no existiendo, que nosotros conozcamos, un estudio publicado específico de terapia de pareja con una muestra de estas características. Al ser parejas que se habían visto afectadas por las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas a muy largo plazo (pues la media de sucedido los atentados en nuestra muestra es de 27,41 años ( $DT = 5,279$ )) consideramos importante valorar el

papel que había tenido el trauma generado por los atentados en la historia de la pareja desde su surgimiento, si se había afectado la relación desde el principio o si la pareja había sabido funcionar con estos síntomas sin dañarse, y el daño había ocurrido a medio, y/o largo plazo. Por supuesto, también necesitamos explorar cual era la situación de la pareja en el momento presente, si los patrones disfuncionales que la pareja presentaba estaban unidos a la sintomatología de TEPT, depresiva y/o ansiosa clínicamente significativa y/o al funcionamiento de la relación. En cualquier caso, se trataba de validar las reacciones y las defensas que la pareja había tenido, reconociendo la dificultad de la situación, evitando enjuiciamiento y el criticismo y transmitiendo a la pareja la esperanza de que es posible adoptar otros modos de relacionarse.

También, y no por ello menos importante, al tratarse víctimas del terrorismo, a muy largo plazo, valoramos como muy importante el reconocimiento del daño sufrido debido al terrorismo por estas personas. Este reconocimiento es doble: por una parte es el reconocimiento de un miembro de la pareja hacia el otro, de cómo estos sucesos afectaron y/o afectan su vida, su salud y sus relaciones de pareja. El no reconocimiento de este sufrimiento, o la evitación de las emociones relacionadas con el mismo había generado dinámicas disfuncionales en las parejas, donde uno de los miembros tendía a llamar la atención por el malestar que presentaba y el otro miembro tendía a disminuir ese malestar, muchas veces en un intento por protegerlo. Ante esto, entraban en patrones circulares disfuncionales que alimentaban sus conflictos. Por otra parte, debido a la situación de abandono denunciada en España por este colectivo durante muchos años (véase los trabajos de Baca y Baldomero, 2004; López, 2014), se hace muy necesario el reconocimiento de este sufrimiento por el terapeuta, que, de alguna manera, simboliza el mundo de fuera, la sociedad, y que, en muchos casos, se convierte en testigo (por primera vez en muchos años) de un diálogo en la pareja acerca de estos hechos. Un diálogo que el terapeuta debe saber guiar con sensibilidad y con respeto.

*En tercer lugar*, hay que considerar que un 55,56% de nuestra muestra dentro del grupo de víctimas de terrorismo que iniciaron el tratamiento, estaba recibiendo, simultáneamente a nuestro tratamiento, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma de tipo individual. Este tratamiento individual también incluye el manejo de los pensamientos negativos y creencias asociadas al trauma, a la depresión y a los trastornos de ansiedad, por lo que no consideramos necesario su repetición en nuestro estudio de pareja, máxime cuando no se corresponde con nuestro objetivo principal que es la mejora de la relación de pareja. No obstante, en la sesión 3 de nuestro tratamiento si se manejaron las cogniciones postraumáticas vinculadas a la relación de pareja, por su impacto en la calidad de la relación. De hecho, consideramos interesante incluir el proceso cognitivo denominado como UNSTUCK (en inglés), por las autoras del protocolo original para lograr que la pareja trabaje en conjunto para modificar las distorsiones cognitivas que presentan las parejas y dañan sus relaciones (por ejemplo, cogniciones vinculadas al TEPT que afectan la calidad de la relación en áreas como el control, la seguridad, la confianza etc.).

Por otra parte, el hecho de que varias personas (un 55,56% dentro del grupo de víctimas de terrorismo inicial) recibiesen simultáneamente los dos tratamientos nos llevó a introducir dos modificaciones en el protocolo original de Monson y Fredman (2012). La primera tiene que ver con el número de sesiones, pues en su momento valoramos acortar lo más posible el tratamiento dejándolo en 10 sesiones, incluyendo las sesiones de evaluación (aunque el número de sesiones y su duración se aplicó de manera flexible en función de las peculiaridades de cada paciente) para no sobrecargar de terapia a los pacientes que estaban recibiendo el otro tipo de terapia que comprende un protocolo de 16 sesiones de terapia individual y que esto no se convirtiese en una variable que les llevase a abandonar los tratamientos. Téngase en cuenta las dificultades, que se ha visto en la práctica, que existen para iniciar y mantenerse en los tratamientos psicológicos en el grupo de las víctimas de terrorismo, máxime después de tanto tiempo de sucedidos los atentados terroristas (véase, p. ej., Gesteira Santos, 2016; Moreno

Pérez, 2016). La segunda modificación tiene que ver con la frecuencia de los tratamientos. Consideramos la pertinencia de introducir la frecuencia quincenal, de 90 minutos de duración, que no es la que recomiendan las autoras del protocolo original, porque en su formato único de terapia de pareja plantean que esta frecuencia puede llevar a reforzar las conductas de evitación asociadas al TEPT. Nosotros valoramos que como más del 50 % de los pacientes del grupo de las víctimas estaba recibiendo una terapia específica individual para el tratamiento de este trastorno, este hecho no se produciría. Por otra parte, pensamos que como nuestro protocolo se trataba de un número menor de sesiones que el protocolo original, resultaría conveniente extenderlo en el tiempo para facilitar a las parejas la posibilidad de hacer cambios en la mejora de su relación. Y, dado que este es nuestro objetivo principal, priorizamos este criterio por encima de que se pudiesen reforzar las conductas de evitación propias del TEPT en aquel número menor de pacientes que estaban recibiendo sólo nuestro tratamiento y no acudían a terapia individual.

*En cuarto lugar*, repetimos, se tuvieron en cuenta los aportes de la terapia enfocada en las emociones en el manejo de las emociones por los miembros de la pareja. Muchas de estas aportaciones han sido incorporadas en el enfoque de la terapia de pareja cognitivo-conductual y dentro de la terapia de pareja conductual integrativa, como ya se ha mencionado.

Nosotros valoramos la necesidad de utilizar estas aportaciones, porque el protocolo de Monson y Fredman (2012), al estar específicamente diseñado para el tratamiento del TEPT, realiza un trabajo con las emociones específicas vinculadas al trastorno, pero realiza un mayor énfasis en las cogniciones postraumáticas que mantienen el trastorno. Nosotros valoramos la necesidad de dar un mayor énfasis al trabajo con las emociones en este colectivo, a la misma altura que los aspectos cognitivos, como bien plantea Epstein y Baucom (2002), dada la importancia de los aspectos emocionales en la mejora de la calidad de la relación de pareja (que es nuestro principal objetivo), en particular en pacientes que padecen sintomatología de estrés postraumático, depresión, o ansiedad. Como ya dijo Johnson (2002), una conexión emocional

segura entre los miembros de la pareja es crucial para la satisfacción en la relación. De hecho, como se ha mencionado ya, los predictores de éxito de la terapia enfocada en las emociones que han sido identificados en la literatura, en lo que se refiere a la mejora de la relación de pareja son: conseguir una profunda experiencia emocional en ambos miembros de la pareja para obtener buenos resultados (Johnson y Greenberg, 1988; Couture-Lalande et al. 2007; Burgess Moser et al. 2012); conseguir el ablandamiento de las emociones (Bradley y Furrow, 2004); y la apertura emocional que provoca respuestas de afiliación positivas (véase Johnson, 2004; Johnson et al. 2001; Naaman, Pappas, Makinen, Zuccarini y Johnson-Douglas, 2005; Makinen y Johnson, 2006; Meneses y Greenberg, 2011; Zuccarini et al., 2013).

*En quinto lugar*, y no por ello menos importante, hay que distinguir siempre entre el tipo de víctima para individualizar la intervención; pues no es lo mismo trabajar con la experiencia de una persona que ha sobrevivido a un atentado, por ejemplo, a aquella que ha perdido a un familiar de primer grado. Como también puede ser diferente el contexto familiar de los hijos de los heridos en los actos terroristas. En dependencia del tipo de víctima y del tipo de pareja habrá que ir particularizando el proceso terapéutico, adaptando las intervenciones sobre los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales a cada caso y a cada pareja particular.

Por último, otra variable que se tiene en cuenta es el uso de medicamento psicotrópicos concurrentes. Monson y Fredman (2015) plantean que estos medicamentos no están contraindicados en la TCC-C para el TEPT, con la excepción del uso de benzodiacepinas, a menos que sea muy necesario, porque esto puede interferir con el nuevo aprendizaje durante los ejercicios de enfoque y además, puede reforzar la creencia de la pareja del paciente, de que el paciente es incapaz de tolerar la ansiedad en una situación particular sin el uso de la pastilla. No obstante, las autoras aclaran que si los pacientes han seguido una dosis estable de medicamentos (la cual operacionalmente definen como más de 8 semanas de régimen), y desean continuar en la misma dosis para la duración del tratamiento, las oportunidades son

buenas de que ellos y sus parejas atribuyan las ganancias que tienen al esfuerzo realizado en la terapia más que al medicamento.

En la adaptación de nuestro protocolo no se ofreció como un criterio de exclusión el uso de benzodiacepinas, puesto que nuestro objetivo esencial era la mejora de la calidad de la relación y no la mejora del TEPT.

#### ***7.3.2.2 Descripción del protocolo***

Dado el carácter experimental de la investigación, el tratamiento fue manualizado y estandarizado con el fin de garantizar la mayor homogeneidad posible en su aplicación así como la mayor fidelidad a los componentes esenciales del mismo.

A continuación vamos a describir las sesiones de tratamiento, detallando las modificaciones realizadas al protocolo original de Monson y Fredman (2012).

*Tabla 12. Resumen de etapas y sesiones de cada etapa de la TCC-C para la mejora de la relación de parejas en víctimas de terrorismo:*

<p><b>Etapas y Sesiones de la TCC-C</b></p> <p>(adaptación a la mejora de la relación de pareja en víctimas de terrorismo )</p> <p><b>Etapa 1:</b> <i>Fundamentos básicos sobre el tratamiento y psicoeducación sobre los síntomas del TEPT y las relaciones de pareja.</i></p> <p><u>Sesión 1:</u> Introducción al tratamiento y <i>psicoeducación sobre los síntomas de TEPT y las relaciones de pareja.</i></p> <p><u>Sesión 2:</u> Construcción de la seguridad.</p>
<p><b>Etapa 2:</b> <i>Mejora de la satisfacción y la calidad de la relación de pareja</i></p> <p><u>Sesión 3:</u> Manejo de los pensamientos, las expectativas y las creencias.</p> <p><u>Sesión 4:</u> Las emociones y la regulación emocional.</p> <p><u>Sesión 5:</u> Las habilidades de comunicación en la pareja.</p> <p><u>Sesión 6:</u> La resolución de problemas y conflictos en la pareja.</p>
<p><b>Etapa 3:</b> <i>Haciendo significativo el trauma y el final de la terapia.</i></p> <p><u>Sesión 7:</u> Crecimiento postraumático, revisión y refuerzo de los logros del tratamiento y prevención de recaídas.</p>

Las etapas se secuenciaron, al igual que en protocolo original de Monson y Fredman (2012), de tal manera que las estrategias de psicoeducación y de gestión de conflictos se proporcionan primero por dos razones: (1) para aumentar tanto la aceptación de la pareja como el compromiso con el tratamiento conjunto y (2) para garantizar la seguridad física y emocional de ambos miembros de la pareja (antes de procurar el manejo de pensamientos y emociones y la mejora de las habilidades de comunicación y los ejercicios conjuntos de solución de problemas de la etapa 2. Las intervenciones cognitivo-conductuales en la etapa 2 preceden a la última sesión de crecimiento postraumático y prevención de recaídas, de modo que las parejas

pueden confiar en la mejora de su capacidad de comunicarse y de su capacidad de resolución de conflictos y problemas para trabajar los contenidos de la última sesión. A pesar de esto, en dependencia de las características idiosincrásicas de cada pareja y de las problemáticas presentadas, se contempló la posibilidad de cambiar el orden de algunas sesiones de la etapa 2. Igualmente, los contenidos dentro de las sesiones se organizan en función de la necesidad de cada pareja.

Existen una serie de contenidos que se trabajan todas las sesiones y que son los siguientes:

- a) Revisar el transcurso de la quincena, fundamentalmente las tareas y conceptos de la sesión anterior: conociendo el período intersesiones; revisando la realización de las tareas encomendadas para cada sesión; clarificando las dudas y resolviendo las dificultades que hayan podido surgir a la hora de realizar las tareas o respecto a la comprensión de los conceptos tratados en el programa.
- b) Detectar el estado motivacional de la pareja en la sesión y adecuar el proceso terapéutico a él, observando el grado de adhesión al tratamiento (retrasos, cumplimiento de tareas, etc.); así como el nivel del compromiso de cambio. También consiste en potenciar el proceso motivacional mediante de la introducción de estrategias de normalización, validación, contextualización y utilidad.

Con relación al rol del terapeuta, tal cual plantean Monson y Fredman (2015), son muy importantes las habilidades terapéuticas y que el terapeuta puede ir realizando una alianza fuerte con la pareja para poder ir explorando el impacto del trauma vinculado al terrorismo en su relación y los problemas de relación de pareja que pudiesen presentar en general, asociados a la sintomatología clínicamente significativa o al funcionamiento de la relación. Para que los clientes se arriesguen a este tipo de trabajo, ellos deben sentir seguridad. Cuando el terapeuta de pareja acepta a ambos miembros con sus vulnerabilidades y sus estructuras defensivas, y



mantiene la neutralidad, ellos sienten menos amenaza y están más abiertos al cambio. Esto es especialmente importante en pacientes traumatizados por la percepción de amenaza típica de estas personas. La actitud empática del terapeuta ayuda a los miembros de la pareja a sentirse seguros y validados (Greenberg y Goldman, 2008). En este sentido, los terapeutas pueden utilizarse como “instrumento de cambio” resonando con la experiencia emocional de los miembros de la pareja y procesando cognitivamente esas experiencias, utilizando esas resonancias al servicio de la terapia. (Karvonen, Kykyri, Kaartinen, Penttonen, y Seikkula, 2016). Los autores plantean que este proceso sería importante para ayudar al reconocimiento de las emociones primarias vinculadas a la experiencia traumática y a las vulnerabilidades que cada miembro de la pareja se trae a la relación, puesto que se sabe que las parejas en conflicto, en general, se ven atrapadas en las escaladas de circuitos emocionales negativos que les dificultan sintonizarse y ser empáticos entre sí. Estos procesos se acentúan en pacientes traumatizados, que se ven “secuestrados” por sus memorias emocionales traumáticas y sus estrategias de defensa autoprotectoras, lo cual les impide la conexión y el contacto empático con sus parejas.

### **7.3.2.3 Etapa 1**

Al igual que el protocolo original de Monson y Fredman (2012), esta primera etapa consta de dos sesiones que sirven para introducir el tratamiento y aumentar los intercambios positivos y la cercanía emocional entre los cónyuges. Durante la primera etapa, el terapeuta colabora con la pareja para desarrollar tareas fuera de la sesión con el fin de aumentar los comportamientos positivos y llamar la atención sobre ellos lo más rápido posible, mejorando el clima de la pareja.

***Sesión nº 1: Introducción al tratamiento y psicoeducación sobre los síntomas del TEPT y las relaciones de pareja***

En la primera sesión, el terapeuta ofrece a las parejas los fundamentos básicos para el tratamiento y la psicoeducación acerca de los síntomas del TEPT, la depresión y la ansiedad y los problemas que se han generado en la relación dándose esta sintomatología clínicamente significativa. Como no podemos olvidar que estamos hablando de víctimas de terrorismo a muy largo plazo, tenemos que explorar cuál ha sido la evolución del trauma a nivel individual y en la historia de la pareja.

En esta sesión, también, el terapeuta y la pareja se involucran en la tarea de identificar y anotar los objetivos de la pareja con respecto a la mejora de su relación, consiguiendo que la pareja llegue a un consenso con relación a los objetivos de la terapia. Se parte de un análisis funcional del comportamiento (contamos con la información de las sesiones de evaluación), se señalan los patrones relacionales disfuncionales y la lucha contra los patrones disfuncionales de la relación asociados al trauma y/o al funcionamiento de la pareja son enmarcados como el problema. Se trata de que la pareja se una luchando por ese objetivo común, externalizando el problema, lo cual es importante para disminuir la percepción de amenaza típica del individuo traumatizado, que puede ser enfocada hacia su pareja. Para la psicoeducación se utilizaron algunos elementos de neuroeducación, al objeto de externalizar los síntomas de TEPT y depresión, los problemas y conflictos que producen estos síntomas y disminuir la percepción de amenaza.

Los objetivos específicos de la sesión son: (a) mejorar la confianza en la relación para que la persona traumatizada pueda exponer su vulnerabilidad ante el otro; (b) ver cómo la pareja asumió el hecho del atentado, si se comunicaron y apoyaron entre ellos, o si por el contrario a partir de ahí surgieron o se acentuaron pautas disfuncionales entre ellos; (c) fomentar la empatía y la comprensión de las diferentes reacciones de cada caso, validando y reconociendo que esas emociones y las estrategias defensivas utilizadas son respuestas

habituales frente a una experiencia de este tipo; (d) explorar, en el momento actual, cuáles de estas reacciones persisten, resolviendo las dudas que tenga el paciente traumatizado y su pareja acerca de la evolución del cambio y normalizar sus preocupaciones en torno a esos cambios.

Hay que tener en cuenta que es posible que las parejas no estuviesen juntas en el momento del atentado (como ha sucedido en varias parejas de nuestro estudio). En estos casos sería necesario, igualmente, hablar de la experiencia del atentado, validando y normalizando las reacciones y estrategias defensivas de la víctima delante de la pareja. Se trata de facilitar el reconocimiento el daño moral sufrido a consecuencia del terrorismo, por cada uno de los miembros de la pareja y por el terapeuta.

En ambos casos (fuesen pareja en el momento del atentado o se hubiesen conocido y constituido en pareja después) es necesario: (a) explorar los pensamientos, emociones, y comportamientos de los miembros de la pareja frente a los síntomas actuales y normalizar estas experiencias. (b) explorar los comportamientos de acomodación de la pareja ante el trauma, en la actualidad, y explorar y descubrir patrones relacionales disfuncionales entre los miembros de la pareja; (c) identificar y anotar los objetivos consensuados de la pareja con respecto a la mejora de su relación, así como operacionalizar cómo la pareja sabrá que estos objetivos fueron cumplidos; (d) señalar los patrones relacionales disfuncionales asociados al TEPT y/o al funcionamiento de la pareja como el problema y conseguir que la pareja se una luchando por ese objetivo común, externalizando el problema; (e) infundir esperanza y mejorar el clima emocional, llamando la atención sobre los aspectos positivos de la relación, sobre las fortalezas de la pareja que hemos apreciado en su historia.

Las principales estrategias y técnicas, a través de las cuales se consiguen estos objetivos, pueden verse en la Tabla 13.

Como tarea para casa, a las parejas se les pide que se involucren en lograr una conducta agradable diariamente y, a cada uno, se les pide responder a preguntas sobre su comprensión de los efectos del trauma y el duelo complicado a nivel individual y en su relación. Se entrega el

Anexo nº 17, con la información acerca de cómo viven la víctima directa y su pareja el atentado terrorista

### ***Sesión nº 2: Construcción de la seguridad***

Específicamente, la segunda sesión se continúa con mejorar la sensación de seguridad en la relación. Es importante que las conductas negativas en la relación que deterioran la satisfacción de la relación de pareja sean disminuidas tan rápidamente como sea posible para promover un ambiente seguro para la curación. El terapeuta debe aclarar que estará en contra de cualquier violencia física o agresión simbólica, para aumentar la seguridad emocional en la relación.

También en esta segunda sesión se identifican las áreas particulares de preocupación de la pareja como objetivos específicos a ser logrados en el curso de la terapia, señalando los temas principales que preocupan a la pareja y que generan problemas de relación, ya sea que estén relacionados con el trauma o no. Por ejemplo, las parejas afectadas pueden tener diferentes áreas con necesidad de atención clínica (por ejemplo, la hostilidad, los déficits de comunicación, o los problemas con la intimidad física).

En esta sesión, a las parejas se les aporta una psicoeducación sobre los patrones relacionales disfuncionales, específicamente relacionados con el funcionamiento de la relación y/o con la sintomatología postraumática o, recordándose los contenidos de la sesión anterior. El terapeuta ayuda a la pareja a identificar los patrones basados en la relación que pueden ocurrir durante el conflicto (por ejemplo, el patrón de persecución/retirada que hemos descrito antes) y les enseña las estrategias primarias de prevención (por ejemplo, notar los síntomas tempranos en uno mismo y en su pareja) y las secundarias (por ejemplo, treguas de negociación) para manejar el conflicto y las emociones intensas. Como bien señalan Monson y Fredman (2015), la enseñanza de estas habilidades también son relevantes en parejas que presentan un patrón de evitación crónica, donde se aumenta el nivel de compromiso de las parejas y se facilita la discusión de asuntos importantes. En estas últimas parejas, se exploran los pensamientos y

déficits de comportamiento que impide la comunicación positiva de los miembros de la pareja entre sí.

Otro punto en que las autoras hacen especial hincapié es en el hecho de que, aunque los objetivos generales de la TCC-C para el TEPT son el mejorar el TEPT y la relación de pareja, existe un enfoque específico en individualizar y operacionalizar el logro de estos objetivos para una pareja dada. Es importante para el terapeuta y la pareja tener un entendimiento detallado de cómo esos síntomas se manifiestan en un individuo en particular o en su relación de pareja, para determinar si hay cambios con la terapia. En la psicoeducación sobre el TEPT se les explica como los síntomas de TEPT es probable que generen conductas de lucha o huida en sus interacciones, y que tienen que aprender a detectar los signos primarios (por ejemplo, advertencias de alerta temprana en uno mismo y en sus cónyuges) y las estrategias de prevención para el manejo de conflictos (por ejemplo, los tiempos de espera negociados).

Finalmente, la lucha de la pareja contra los patrones relacionales disfuncionales vuelve a enmarcarse como el objetivo común de la pareja.

Al final de la sesión 2, se les entrega a los asistentes la ficha del modelo ABC (Anexo n° 13) para exponer la relación que hay entre los pensamientos, las emociones y las conductas. Para ello utilizamos algún ejemplo tomado de la propia sesión.

Las principales estrategias y técnicas, a través de las cuales se consiguen los objetivos de la sesión 2 pueden verse en la Tabla 13.

Como tarea para casa, durante la quincena, la pareja deberá reflejar, al menos, una situación al día en la que haya experimentado una emoción determinada negativa con relación a su pareja e intentar averiguar, ayudándose de la hoja de autorregistro, los pensamientos emociones y conductas que la situación le ha generado. Se le entregará al paciente la hoja de autorregistro de pensamientos (

Anexo n° 14).

#### **7.3.2.4 Etapa 2**

En esta etapa el terapeuta se centra en la mejora de la satisfacción de la relación y, en general, de la calidad de la relación de pareja. Incluye de las sesiones tres a las seis.

##### ***Sesión nº 3: El manejo de pensamientos, las expectativas y las creencias***

En la tercera sesión se modifican los pensamientos distorsionados, las creencias sobre las relaciones o sesgos cognitivos y las expectativas irreales con respecto a la relación de pareja, que generan problemas de relación y que pueden estar asociados al trauma y/o al funcionamiento de la relación.

En el protocolo original de Monson y Fredman (2012), en la sesión 3, se trabaja la evitación de lugares, personas, sentimientos, y situaciones como resultado del TEPT, y que cosas ellos harían diferente si el papel del TEPT en su relación fuera menor. Recordemos que este protocolo está especialmente enfocado al tratamiento del TEPT en pareja. Teniendo en cuenta la importancia de las conductas de evitación asociadas al TEPT en generar insatisfacción en la relación de pareja, nosotros consideramos importante analizar también que pensamientos y creencias están debajo de esa evitación asociada con la sintomatología postraumática o ansioso-depresiva. No obstante, debido a que nuestro objetivo principal es la mejora de la relación de pareja, consideramos adecuado ampliar el foco a todos los factores cognitivos que estuviesen dañando la relación de pareja.

Para empezar, se parte del modelo ABC introducido en la sesión anterior, anotándose las vías en las que los pensamientos de cada miembro de la pareja pueden afectar las emociones, pensamientos y conductas propias y del otro. Se utiliza la Psicoeducación sobre los pensamientos automáticos negativos y las creencias inadecuadas. Se emplean los ejemplos del autorregistro enviado para casa. Se trata de normalizar la aparición de los pensamientos automáticos negativos en la vida cotidiana, en la relación de pareja y, además, los asociados al trauma. Se practica la identificación de esos pensamientos (véase el Anexo nº 15) enfatizando en que el cambio de los pensamientos es posible.

Para comprender las creencias que están en la base de los pensamientos negativos, identificamos las justificaciones de las conductas que tiene la pareja para que comprendan lo que son las creencias. Se detectan las creencias inadecuadas acerca de la relación de pareja y de cómo debería ser ésta, y las relacionadas también con el trauma. Como ya se ha dicho, no puede olvidarse que los traumas, especialmente los originados por otros seres humanos, suelen contar con una serie de creencias distorsionadas en las áreas de seguridad, confianza, control, intimidad, lo cual afecta la calidad de la relación de pareja.

Tras presentar el material de las distorsiones cognitivas, será importante prestar especial atención a aquellas creencias relacionadas con los problemas de pareja y, en especial, con aquellos problemas derivados de la situación traumática y del impacto de la sintomatología clínicamente significativa en la relación de pareja.

En este sentido, se parte del análisis funcional del comportamiento, recordando los patrones disfuncionales circulares entre los miembros de la pareja, asociados a la sintomatología postraumática y/o al funcionamiento de la relación, y descubriendo que pensamientos y creencias están en la base del mismo. Para ello, contamos, también, con la información arrojada por la entrevista estructurada. Se guía a las parejas para reestructurar aquellos pensamientos y creencias que afectan a la relación.

Se les explican las formas en que puede distorsionarse el pensamiento. Se utilizan los ejemplos de los autorregistros realizados en casa, así como los cuestionarios aplicados. Por ejemplo, en el IPRI y el IACRI que han sido descritos en el capítulo del método. Al mismo tiempo que vamos localizando los pensamientos negativos propios de cada pareja, vamos a ir explicando el tipo de pensamiento o distorsión que se produce, igualmente con las creencias. Sobre la base de las creencias que hemos identificado con la pareja, trabajaremos aquéllas que más representen el modo de pensar de cada uno de ellos. En el Anexo nº 16 presentamos una forma de actuación con cada uno de los pensamientos que encontremos (se usa específicamente para cada pareja) y cómo llegar a un pensamiento más realista de la situación vivida.

En el trabajo con pensamientos y creencias se puede utilizar una amplia variedad de estrategias de intervención cognitiva. Estas intervenciones tienden a enfatizar uno de dos enfoques amplios: el cuestionamiento socrático o descubrimiento guiado. Con relación al cuestionamiento socrático, hay que tener en cuenta las recomendaciones de Baucom et al. (2008), señalando que estas intervenciones pueden tener más éxito con las parejas en las que los dos miembros de la pareja son menos hostiles y perjudiciales entre sí.

Una estrategia importante de trabajo con los pensamientos distorsionados puede ser el proceso cognitivo binario llamado por Monson y Fredman (2012) como *UNSTUCK* (en inglés), donde el terapeuta enseña a la pareja un proceso que se puede utilizar en conjunto para desafiar las cogniciones que están manteniendo el TEPT y los problemas de la relación. Dado que nuestro propósito específico es la mejora de la relación, nosotros nos centramos en las cogniciones específicas que mantienen los problemas de relación, aunque algunas de estas cogniciones están asociadas a la sintomatología postraumática y/o depresivo-ansiosa y afectan la relación, como ya hemos dicho. Se trata de un proceso de solución de problemas cognitivo, ya que aumenta el rango de soluciones cognitivas posibles a los pensamientos problemáticos. Este proceso cognitivo se ha descrito con anterioridad en la presente investigación.

Otro aspecto que es importante ver es el de las expectativas con respecto a la relación, por si existen expectativas irreales (que se dan cuando las expectativas de pareja ideal no se correspondan con la pareja real). Se cuestiona el modelo ideal, por si está enlazando, por ejemplo, a los modelos parentales o experiencias traumáticas en la niñez.

Por último, presentamos el autorregistro de generación de pensamientos alternativos a completar con los miembros de la pareja como última actividad de esta sesión (véase el Anexo nº 17). Completaremos con ellos dos secuencias completas que finalicen con un pensamiento alternativo y les pediremos que sigan realizando estas secuencias a lo largo de la quincena con las estrategias aprendidas.



Se explica a la pareja la importancia seguir aumentando la frecuencia de actividades agradables en la pareja, y específicamente, aquellas que la pareja ha evitado hacer como consecuencia de la sintomatología postraumática, los síntomas depresivos o ansiosos. Se prescribe hacer algunas de estas actividades como tarea.

Las principales estrategias y técnicas, a través de las cuales se consiguen los objetivos de la sesión 3 pueden verse resumidas en la Tabla 13.

### ***Sesión nº 4: Las emociones y la regulación emocional***

En la cuarta sesión trabajamos las emociones y la regulación emocional. En el protocolo original de Monson y Fredman (2012) en esta sesión las parejas identifican los sentimientos que cada uno tiene acerca del papel del TEPT en su relación, y que otros sentimientos tendrían si el TEPT tomara “menos espacio” en su relación.

Al tratarse víctimas del terrorismo, cuyo atentado han sucedido hace muchos años, ya hemos dicho que valoramos como muy importante el reconocimiento del daño sufrido debido al terrorismo por estas personas y la expresión de las emociones relacionadas con estos sucesos, que en no pocos casos, han sido evitadas durante años. No obstante, debido a que nuestro objetivo principal es la mejora de la relación de pareja consideramos adecuado no centrarnos, en exclusiva, en las emociones asociadas a la sintomatología postraumática, los síntomas depresivos o ansiosos, si no ampliar el foco a todos los factores emocionales que estuviesen influyendo en la calidad de la relación de pareja.

Los objetivos de la sesión son: consolidar los conceptos de emoción y regulación emocional (en el contexto de modelo ABC); identificar emociones relacionadas con problemas de pareja (ej. hostilidad, ira, culpa, tristeza, incomprensión, etc.); mejorar la respuesta empática hacia la pareja y establecer estrategias de expresión y regulación emocional, promoviendo el intercambio entre los miembros de las parejas de las emociones que han sido previamente evitadas u ocultadas, en particular las emociones que expresan vulnerabilidad.

En este sentido, se trata de enseñar a la pareja estrategias de autocontrol de las emociones de ira y hostilidad y otras detectadas (culpa, tristeza, incompreensión, desconfianza, miedo, vergüenza) que estén en relación con los conflictos en la pareja, y con los problemas en la relación que el trauma y sus comorbilidades generan.

Se realiza psicoeducación sobre las emociones. Es importante que la pareja sepa ponerle nombre a las emociones que sienten y que entiendan que las emociones son señales que nos motivan al cambio. Les recalcamos la importancia de conocer las reacciones que tenemos ante los acontecimientos. Invitamos a la reflexión, ayudando a distinguir entre las emociones normales, adaptativas y útiles para resolver problemas de la vida, y las emociones perjudiciales, excesivas o inapropiadas, que no sirven para adaptarse y dificultan la solución de problemas (Anexo nº 18: “Entendiendo las emociones”). Los miembros de la pareja tienen que aprendan a normalizar la aparición de las emociones conociendo la función que desempeñan las mismas cuando aparecen (Anexo nº 19: “¿Y tú para qué sirves?”).

En particular, los terapeutas a menudo trabajan con parejas en las que uno o ambos compañeros demuestran emociones contenidas o respuestas emocionales excesivas o desbordadas. Cada uno de estos amplios dominios incluye dificultades más específicas que los individuos experimentan con las emociones, con intervenciones particulares que son apropiadas y que se han descrito en el capítulo 3 de esta tesis doctoral, dentro del enfoque de la terapia de pareja cognitivo-conductual que, a su vez, ha integrado los aportes de la terapia enfocada en las emociones para parejas.

También he tenido en cuenta, dentro de la terapia enfocada en las emociones, los aportes más recientes de Rheem et al. (2012), descritos en el capítulo 5 de esta tesis doctoral, en el trabajo con parejas militares, que son la población más parecida a nuestra muestra de investigación (pues recordemos que dentro del colectivo de víctimas del terrorismo en nuestro país se encuentran, no solo militares, sin también los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado como policías y guardias civiles, en su mayoría hombres, con la

mentalidad, igual que los militares, de no experimentar, expresar o divulgar vulnerabilidades como parte del entrenamiento necesario que reciben en su profesión). Además, los hombres presentan más problemas en la expresión de sus emociones. Debido a la sensación de vergüenza y el miedo a no ser comprendidos o aceptados, hablar con sus parejas de sus emociones puede ser muy difícil para estas personas. Rheem et al. (2012) ofrecen recomendaciones específicas en el trabajo con esta población.

En esta sesión, partiendo del análisis funcional de la conducta realizado con anterioridad (contamos también con la información de la entrevista estructurada), se persigue encontrar las respuestas emocionales que subyacen detrás de los patrones relacionales disfuncionales (perseguir/retirar y ataque/defensa) y ayudar a cada miembro de la pareja a reprocesar sus emociones y, por lo tanto, a cambiar o disminuir el grado de sus patrones de interacción para fomentar una mayor cercanía emocional, una mayor intimidad y una mayor confianza en la relación.

En esta dirección, se trata de que la pareja explore las respuestas emocionales negativas que están implícitas en sus patrones circulares disfuncionales (la rabia, la ansiedad, el miedo, la culpa, la vergüenza, el pesar y la tristeza) que pueden estar vinculadas al trauma o al funcionamiento de la relación, accediendo a los sentimientos más profundos de dolor y desesperación que subyacen detrás de determinadas conductas de ataque/persecución, y a la desesperanza que subyace a una conducta de retirada (Johnson y Williams-Keeler, 1998). El terapeuta tiene que ayudar al superviviente del atentado terrorista a formular su experiencia de una manera que evoque la comprensión y el apoyo de la pareja, en lugar de la ira o un sentimiento de rechazo. A su vez, el terapeuta tiene que ayudar a que el otro miembro de la pareja pueda facilitar esa expresión de emociones blandas. Además, como hemos dicho, las defensas son validadas.

También, para regular la experiencia y expresión de emociones, en particular de emociones negativas se utilizan intervenciones cognitivo-conductuales descritas en el capítulo

3. Por ejemplo, para trabajar las emociones de ira y hostilidad con estrategias cognitivas conductuales utilizamos la técnica del semáforo, adaptado de Labrador, Cruzado y Muñoz (2004, citado en Graña et al., 2011, véase el Anexo nº 20) trabajando con la pareja para que identifique las diversas sensaciones corporales relacionadas con el enfado, y lo gradúen para diferenciar los diversos niveles de enfado. Con el objetivo de regular la ira se utilizaron, además, la reestructuración cognitiva y el role playing para trabajar la empatía.

Como tarea para casa se utiliza un *autorregistro basado en la técnica del semáforo* (véase el Anexo nº 21) y se exhorta a la pareja a que trabaje en los cambios en los que se han comprometido.

Las principales estrategias y técnicas, a través de las cuales se consiguen los objetivos de la sesión 4, pueden verse resumidas en la Tabla 13.

#### ***Sesión nº 5: La comunicación en la pareja***

Para Monson y Fredman (2012), la mejora de la comunicación es considerada como el principal vehículo para socavar la evitación relacionada con el TEPT y mejorar la relación de pareja. Para estas autoras, conjuntamente, las habilidades comunicativas presentadas y practicadas en cada sesión ayudan a las parejas a identificar y compartir sus sentimientos, y a comprender las vías en las que sus pensamientos pueden afectar las emociones y pensamientos del otro, contribuyendo a la mejora de la relación.

Partiendo de esta base, esta sesión los objetivos propuestos son: mejorar las habilidades de comunicación y afectividad en la relación de pareja, generalizando los conceptos y estrategias aprendidos. Se trata de crear un nuevo diálogo con la pareja, un diálogo que favorezca el contacto y la intimidad. Por lo tanto, se trata de integrar dentro de la relación nuevas maneras positivas de afrontamiento de los conflictos o problemas relacionados con el trauma y/o el funcionamiento de la relación, mejorando la comunicación.

Específicamente, nos proponemos en esta sesión: (a) conocer y comprender los elementos presentes en la comunicación (verbal y no verbal), estilos de comunicación,

componentes y consecuencias; (b) entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva (ej. hacer explícitos los deseos, decir “no”, expresión de emociones positivas y negativas, cumplidos, hacer/recibir crítica, etc.) y (c) fomentar el intercambio positivo en la relación de pareja.

Durante el entrenamiento en habilidades de comunicación, se puede ofrecer a las parejas algunas pautas para sus discusiones, recomendadas por Baucom et al. (2008), recogidas en el capítulo 3 de esta investigación. Estas pautas se centran principalmente en el proceso de comunicación, sin prestar especial atención al contenido de las conversaciones. No obstante, se tienen en cuenta las recomendaciones de Baucom et al. (2008, 2015) de que el terapeuta debe estar atento tanto al proceso de comunicación de la pareja como a los temas importantes específicos de cada pareja. Se parte de que las intervenciones de comunicación pueden ser más eficaces si el proceso de comunicación y los temas importantes en la relación de la pareja, asociados a sus problemas de relación, se abordan simultáneamente. Estos autores recomiendan que, en dependencia de las necesidades de cada pareja, las pautas pueden ser alteradas y/o ciertos puntos se pueden enfatizar.

Con respecto a los contenidos de la sesión: se trabaja en el conocimiento de algunos de los elementos fundamentales de la comunicación verbal y no verbal: emisor, receptor, canal, mensaje y código; tono de voz, volumen, entonación. Se enfatiza en el hecho de que, entre los pacientes con síntomas de TEPT y de depresión y sus parejas, pueden darse situaciones conflictivas y malentendidos debido al uso de “canales” diferentes en la comunicación. Mientras estos pacientes presentan problemas en la regulación de las emociones y su discurso puede ser “muy emocional” en base a las heridas traumáticas, buscando argumentos racionales que justifiquen este discurso; sus parejas pueden tender a convencerles mediante “argumentos racionales” sin entender “la lógica” del trauma. De ahí la necesidad de recomendarles que ambos deben trabajar por llegar a puntos medios de comprensión y entendimiento, para facilitarle al paciente traumatizado, finalmente, una comprensión más realista de las situaciones

vividas, teniendo la posibilidad de aprender de su pareja. En cambio, esta última deberá trabajar por incorporar en su visión una perspectiva más emocional de la situación planteada, entendiendo la “lógica” del trauma para poder brindar más comprensión y apoyo, evitando de ese modo la activación de las estrategias de defensa del paciente traumatizado que puede sentirse amenazado e incomprendido por la visión “racional” del otro miembro de la pareja.

En esta línea Monson y Fredman, 2012, hablan de la diferencia entre el canal de los sentimientos y el canal de la resolución de problemas y que las parejas deben aprender sintonizarse en el mismo canal para poder comunicarse de forma efectiva, utilizando la formulación de preguntas para saber lo que exactamente quiere el otro miembro de la pareja en un momento dado, si hablar de sus emociones o de resolver problemas y conflictos.

En la sesión se reflexiona sobre los tres estilos básicos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo (citado en Graña et al., 2011; véase el Anexo nº 22). Se identifica, en cada miembro de la pareja, los elementos de comunicación y el estilo habitual en sus interacciones. Se reflexiona acerca de cómo ese estilo puede estar relacionado con el efecto del trauma, la depresión y la ansiedad en la relación (Anexo nº 23: Actividad II: “Practicando la comunicación asertiva. Método DEPA” (adaptado de Macías Antón, 2007; citado en Graña et al., 2011)). Se vuelve a conceptualizar el problema como la lucha de la pareja unida contra los problemas presentes en la relación, externalizando el síntoma, que pueden ser los conflictos de la pareja o los efectos perjudiciales de la sintomatología en la relación. El concepto de la pareja como equipo y la sensación de “nosotros” disminuyen la percepción de amenaza y aumenta la satisfacción en la relación.

Se realiza el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva (p. ej., hacer explícitos los deseos, decir “no”, expresión de emociones positivas y negativas, cumplidos, hacer/recibir críticas, etc.). El terapeuta introduce un procedimiento para mejorar el estilo comunicativo, para alcanzar una comunicación más efectiva. El procedimiento será conocido

como el método DEPA que corresponde a las iniciales de Describir, Expresar, Pedir y Agradecer (adaptado de Macías Anton, 2007; citado en Graña et al., 2011).

Se remite al terapeuta a los anexos (Anexo nº 23) para trabajar el resto de las habilidades específicas, así como para proporcionar a las parejas material escrito de apoyo.

Para trabajar los contenidos de esta sesión, las técnicas utilizadas son la psicoeducación, las instrucciones específicas y modelado, el ensayo conductual, el *feedback* y el reforzamiento.

Por último, se continúa fomentando el intercambio positivo en la relación de pareja a lo largo de las dos semanas, hasta la próxima sesión. Para ello, se planifica en sesión estrategias de intercambio positivo: pille a su pareja y caja de los deseos. Como tarea para casa se señala la práctica del método DEPA (Anexo nº 23) y la práctica de las técnicas de la “caja de deseos” y “pille a su pareja”.

Las principales estrategias y técnicas, a través de las cuales se consiguen los objetivos de la sesión 4 pueden verse resumidas en la Tabla 13.

### ***Sesión nº 6: La resolución de problemas en la pareja***

El objetivo general de esta sesión es mejorar las habilidades de solución de problemas de la pareja en conjunto. Específicamente, se trata de: ayudar a los pacientes a identificar y definir de manera operativa los problemas de pareja; ayudar a generar conjuntamente alternativas que contribuyan a facilitar la toma de decisiones en pareja, y fomentar la puesta en práctica de la/s solución/es planteadas por ambas partes.

Es importante tomar en cuenta que si los miembros de la pareja están atrapados en patrones relacionales disfuncionales del tipo perseguir/retirar que hemos descrito, se establecen luchas de poder. Uno de ellos tenderá a controlar la relación y tomar las decisiones con más frecuencia y el otro tenderá a evitar el conflicto y la toma de decisiones, o puede mostrarse aparentemente de acuerdo con una decisión pero en el fondo no estarlo. En este caso, las intervenciones de toma de decisiones podrían ser centrales para cambiar esta dinámica de

pareja. Así, el tema del poder se puede abordar explícitamente en las conversaciones de toma de decisiones.

En este sentido, se trata de reflexionar sobre las consecuencias de estos comportamientos para la pareja y para cada uno de sus miembros, comprometiendo al miembro que suele evitar a participar en la resolución de problemas y la toma de decisiones y, al miembro de la pareja que toma decisiones con más frecuencia, a facilitarle a su pareja el hecho de que participe más, ofreciéndole la oportunidad de expresar sus opiniones y puntos de vista y después tomando en cuenta las mismas para llegar a decisiones consensuadas. Otras variables a tener en cuenta son el género y la edad, pues es posible que como parte del proceso de pareja “más tradicional” los hombres se hayan acostumbrado a tomar las decisiones más importantes en la pareja y existan “resistencias” para compartir la toma de decisiones.

En estos casos, al trabajar con la técnica de solución de problemas, el terapeuta podría proponer que cada persona proponga una solución cuando la pareja discute posibles soluciones, antes de tomar una decisión final. El terapeuta también podría recomendar que, antes de aceptar la solución, cada miembro de la pareja aclare si contiene al menos algunas de sus preferencias, y si no, si está de acuerdo con la solución planteada.

Para introducir la Técnica de Solución de Problemas, el terapeuta buscará con la pareja una posible definición de “problema”. De esta manera se intentará que se den cuenta de que constantemente se tienen problemas y no por ello sucede nada catastrófico. Durante todo el proceso se reforzará continuamente cualquier intervención que hagan, se guiará la pareja hacia la definición de problema y los conceptos que implica.

Es importante poner ejemplos de diversos problemas que se pueden dar, en la actualidad, entre ellos y considerar el hecho de que el cómo el terapeuta implementa esta técnica va a estar en función de las características particulares de la pareja y de las dificultades que presenta cada pareja en el proceso de solución de problemas. Para ello contamos con la información aportada por el Cuestionario SPSI-R, que hemos descrito en el protocolo de evaluación y con la propia



información que arrojan las sesiones. En el capítulo 3 se ofrecen las recomendaciones de Baucom et al. (2008) a la hora de poner en práctica la técnica.

En la sesión se pide a los miembros de la pareja que, en conjunto, hagan un cuadro con los problemas que tengan en la actualidad que más les preocupen. Se entregará a la pareja el material en que se explica las pautas que les ayuden a la identificación y correcta solución de problemas (adaptado de D’Zurilla y Goldfried, 1971, citado en Graña et al., 2011, véase el Anexo nº 24). Se practican los pasos de la técnica de solución de problemas con el problema principal elegido por ellos.

Como tarea para casa se puede elegir otro de los problemas que la pareja ha señalado, para que puedan practicar la técnica.

Las principales estrategias y técnicas, a través de las cuales se consiguen los objetivos de la sesión 6 pueden verse resumidas en la Tabla 13.

### **7.3.2.5 Etapa 3**

#### ***Sesión nº 7: Crecimiento postraumático y prevención de recaídas***

El tratamiento culmina con una sesión donde se identifican los beneficios del tratamiento en la mejora de la relación de pareja y en el crecimiento postraumático como pareja. Se analiza el proceso de terapia, los mejores momentos, los más difíciles, lo que ha ido cambiando en función de lo que la pareja ha ido haciendo, argumentando las razones de por qué se ha producido el cambio. Las ganancias del tratamiento son identificadas y consolidadas al final de la sesión y los objetivos futuros se identifican para ayudar a brindar un sentido de cierre al trabajo.

De modo general, se persigue el fortalecimiento de la nueva identidad adquirida por cada miembro de la pareja y elaborar una narración del recuerdo traumático asociado al terrorismo, incluyendo el impacto que tuvo en la historia de la relación de pareja (en el caso de que fuesen pareja en el momento del atentado) y/o los efectos de la sintomatología postraumática, de

depresión y de ansiedad en la actualidad sobre la relación. Dentro de esa narrativa es importante identificar pensamientos, emociones y conductas asociados al evento traumático, identificar los patrones disfuncionales circulares entre ambos miembros de la pareja asociados al funcionamiento de la relación y/o al trauma; incluyendo en el relato tanto el pasado, como el presente e incluso, la visión de futuro, y promoviendo una visión integral de la propia identidad (somos los mismos, pero hemos cambiado cosas) tanto individual como de pareja. Se recuerda la lucha contra los síntomas y/o conflictos de la relación como uno de los principales temas en que la pareja debe enfocarse. Por ejemplo, el terapeuta puede decir:

*Recordáis que un objetivo importante que nos propusimos al principio de la terapia fue que ambos os uniésteis en la lucha contra esos patrones circulares en el modo de relacionaros que os estaban generando los conflictos y la insatisfacción con vuestra relación de pareja. Pero las cosas fueron cambiando... ¿Por qué? ¿Cuál ha sido la parte de responsabilidad de cada uno en el cambio? ¿Qué habéis hecho cada uno para desactivar ese patrón negativo de interacción? ¿Cómo le ha facilitado cada uno de ustedes el cambio al otro? ¿Qué es lo que os ha ayudado a cambiar?*

*Como véis, ha sido importante que trabajarais como un equipo en la lucha contra el trauma y contra los conflictos y problemas que presentabais. Esta idea del equipo es importante que continuéis trabajando en ella. Recordad que cuanto más aportéis al equipo, más recibiréis. Os vais a sentir más satisfechos con vuestra relación.*

Otro objetivo importante en esta sesión final es que el terapeuta ayude a la pareja a que reflexione sobre sus fortalezas y las áreas de resiliencia que se han puesto de manifiesto en su historia como pareja y en el transcurso de la terapia como, por ejemplo, su alto nivel de compromiso, su flexibilidad, su capacidad de adaptación, su capacidad de apoyo mutuo, las

posibilidades de complementarse, etc. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar: “*De toda esta historia vuestra, ¿qué habéis aprendido? ¿Cuales son vuestros puntos fuertes como pareja?*”.

Por último, se subraya la probabilidad de que existan variaciones en el tiempo en lo referente a la satisfacción de la relación y tal vez a la sintomatología relacionada con el trauma, la depresión y la ansiedad en el futuro y en como impacta la calidad de la relación de pareja. Se trata de que los miembros de la pareja estén preparados contra los problemas inevitables que a todas las parejas se les pueden presentar y prepararlos para la posibilidad de que algo pueda ocurrir que los lleve a una breve exacerbación de los problemas de la relación o los síntomas relacionados con el trauma.

El terapeuta desarrolla un plan en el que se especificará como deberá comportarse la pareja en la medida en que estas variaciones ocurran, previniendo las recaídas.

En otras palabras, el objetivo de la terapia es instruir a la pareja a usar las habilidades de intervención cognitivas y conductuales para ser capaces de afrontar nuevos problemas que puedan aparecer en el futuro y prevenir las recaídas.

En la Tabla 13 se presentan desglosados por sesiones, las estrategias y técnicas terapéuticas más importantes que forman parte del programa de tratamiento. Entre las 13 parejas que completaron el tratamiento, la media del rango de sesiones realizadas fue de 10,38 ( $DT = 0,637$ ).

Tabla 13. Programa de tratamiento: sesiones, estrategias, técnicas terapéuticas y tareas para casa

Sesiones	Estrategias y técnicas	Tareas para casa
<p><b>1<sup>a</sup></b></p> <p>Introducción al tratamiento y psicoeducación sobre los síntomas del TEPT y las relaciones de pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del tratamiento, sus etapas y motivar para el mismo</li> <li>• Propósito de vida: mejorar mi relación de pareja</li> <li>• Instrucciones específicas</li> <li>• Psicoeducación sobre los síntomas del trauma y sus efectos a nivel individual y en la historia de la pareja, haciendo énfasis en la actualidad</li> <li>• Reestructuración cognitiva de aquellas creencias que han impedido la comunicación sobre el trauma</li> <li>• Normalizar los síntomas del trauma y las estrategias defensivas ante el mismo</li> <li>• Reconocimiento del daño moral sufrido a consecuencia del terrorismo</li> <li>• Planteamiento de los patrones relacionales disfuncionales asociados al trauma y/o al funcionamiento de la relación. Se emplean las preguntas circulares</li> <li>• Establecimiento de subobjetivos comunes consensuados para la terapia, guiando a la pareja al establecimiento del objetivo final: mejorar la relación de pareja</li> <li>• La lucha contra el trauma, que ha secuestrado la relación de pareja, y contra los patrones disfuncionales de la relación se ubica como un objetivo central</li> <li>• Recuperar y enfocarse en los aspectos positivos de la relación</li> <li>• Técnicas de intercambio y reciprocidad. Devolución de información acerca de las fortalezas de la pareja y las áreas de resiliencia.</li> </ul>	<p>✓ A las parejas se les pide que se involucren en lograr una conducta agradable diariamente y, a cada uno, se les pide responder a preguntas sobre su comprensión de los efectos del trauma y en su relación. Se entrega el anexo Anexo n° 12, con la información acerca de cómo viven la víctima directa y su pareja el atentado terrorista.</p>

Sesiones	Estrategias y técnicas	Tareas para casa
<p><b>2<sup>a</sup></b></p> <p>Construcción de la seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir intercambios negativos en la pareja</li> <li>• Contrato conductual para el cese de intercambios negativos (acuerdos previos y temporales hasta aprender las estrategias adecuadas para solucionar la situación-problema)</li> <li>• Estrategias de tolerancia</li> <li>• Instrucciones específicas</li> <li>• Petición de manera explícita a la pareja de la evitación de la violencia física y la agresividad verbal durante la terapia</li> <li>• Se enseña a la pareja las estrategias primarias de prevención para manejar el conflicto y las emociones intensas, y estrategias secundarias</li> <li>• Identificar los temas principales que preocupan a la pareja y que generan problemas de relación</li> <li>• Sobre la base de un análisis funcional del comportamiento identificar los patrones relacionales disfuncionales que pueden ocurrir durante el conflicto asociados al trauma y/o al funcionamiento de la relación</li> <li>• Contextualizar la relación en patrones como algo objetivo y diádico</li> <li>• Externalizar el síntoma ubicando los patrones relacionales disfuncionales (asociados a la sintomatología postraumática y/o al funcionamiento de la relación) y los conflictos asociados como uno de los problemas principales en que la pareja tiene que enfocarse</li> <li>• Psicoeducación sobre el modelo ABC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Continuar aumentando los comportamientos positivos y llamar la atención sobre ellos lo más rápido posible, mejorando el clima de la pareja.</li> <li>✓ Durante la quincena la pareja deberá reflejar, al menos, una situación al día en la que haya experimentado una emoción determinada negativa con relación a su pareja e intentar averiguar, ayudándose de la hoja de autorregistro (véase el Anexo n° 17), los pensamientos emociones y conductas que la situación le ha generado.</li> </ul>

Sesiones	Estrategias y técnicas	Tareas para casa
<p><b>3<sup>a</sup></b></p> <p>El manejo de pensamientos, las expectativas y las creencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación modelo ABC</li> <li>• Psicoeducación sobre los pensamientos automáticos negativos y las creencias inadecuadas o sesgos que están en la base de los problemas de relación en la pareja y que pueden estar asociadas al trauma o no.</li> <li>• Detección de distorsiones cognitivas específicas de la pareja, relacionándolas con sus emociones y conductas (aplicándolos específicamente a la pareja, a su problemática y temas claves).</li> <li>• Técnicas de reestructuración cognitiva</li> <li>• Se emplean estrategias de intervención cognitiva que enfatizan uno de dos enfoques amplios: el cuestionamiento socrático o el descubrimiento guiado</li> <li>• Partiendo del análisis funcional del comportamiento, explorar y modificar pensamientos y creencias que están en la base de los patrones disfuncionales circulares entre los miembros de la pareja, asociados a los síntomas del TEPT, de la depresión o de la ansiedad y/o al funcionamiento de la relación</li> <li>• Modificar creencias interpersonales alteradas por el trauma (por ejemplo, la confianza, el control, la cercanía emocional, la cercanía física) que dañan la relación de pareja</li> <li>• Proceso de solución de problemas cognitivo, llamado por Monson y Fredman, 2012, como UNSTUCK (en inglés), donde se generan pensamientos alternativos más beneficiosos para la relación</li> <li>• Reestructuración cognitiva de las expectativas irreales con respecto a la relación de pareja</li> <li>• Técnica de autorregistro de generación de pensamientos alternativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva aprendidas, trabajando con el autorregistro de generación de pensamientos alternativos durante la quincena.</li> <li>✓ Aumentar la frecuencia de actividades agradables en la pareja, y específicamente, aquellas que la pareja ha evitado hacer como consecuencia de los síntomas del TEPT, de la depresión o de la ansiedad. Se prescribe hacer algunas de estas actividades como tarea.</li> </ul>

Sesiones	Estrategias y técnicas	Tareas para casa
<p><b>4<sup>a</sup></b></p> <p>Emociones y regulación emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre las emociones diferenciando entre emociones primarias y secundarias, y facilitando la expresión de emociones que expresan vulnerabilidad</li> <li>• Usar preguntas, reflexiones e interpretaciones para extraer las emociones primarias</li> <li>• Describir las emociones a través de metáforas e imágenes</li> <li>• Desalentar los intentos de distraer al yo de experimentar la emoción</li> <li>• Identificar emociones relacionadas con problemas de pareja, con el trauma y con los síntomas de depresión y ansiedad.</li> <li>• Entrenamiento en regulación emocional (en el contexto de modelo ABC)</li> <li>• Normalizar las experiencias emocionales, positivas y negativas relacionadas con el trauma y con los problemas de relación</li> <li>• Alentar la aceptación de la experiencia del individuo por parte del otro miembro de la pareja</li> <li>• Encontrar las respuestas emocionales que subyacen detrás de los patrones relacionales disfuncionales (asociados al trauma y/o al funcionamiento de la relación) y ayudar a cada miembro de la pareja a reprocesar sus emociones y, por lo tanto, cambiar sus patrones de interacción para fomentar una mayor cercanía emocional, mayor intimidad y una mayor confianza en la relación.</li> <li>• Programar horarios para discutir emociones y pensamientos relacionados con su pareja</li> <li>• Practicar la "compartimentación saludable"</li> <li>• Buscar medios alternativos para comunicar sentimientos y obtener apoyo</li> <li>• Tolerar sentimientos angustiosos</li> <li>• Reestructuración cognitiva</li> <li>• Técnica del semáforo</li> <li>• Role playing para la empatía, la escucha activa</li> </ul>	<p>✓ Se utiliza un autorregistro basado en la técnica del semáforo (véase el Anexo nº 21) y se exhorta a la pareja a que trabaje en los cambios en los que se han comprometido.</p>

Sesiones	Estrategias y técnicas	Tareas para casa
<b>5<sup>a</sup></b>  La comunicación en pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la interacción en directo (role playing)</li> <li>• Entrenamiento en habilidades de comunicación, creando un nuevo diálogo con la pareja que favorezca el contacto y la intimidad</li> <li>• Psicoeducación sobre los elementos de la comunicación (verbal y no verbal) y sobre los estilos de comunicación</li> <li>• Entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva (método DEPA)</li> <li>• Instrucciones específicas , modelado, role playing, ensayo conductual, feedback, el reforzamiento y aproximaciones sucesivas</li> <li>• Intercambio de reforzadores (caja de los deseos y pille a su pareja)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Práctica del método DEPA (Anexo nº 23).</li> <li>✓ Práctica de las técnicas de la “caja de deseos” y “pille a su pareja”.</li> </ul>
<b>6<sup>a</sup></b>  La resolución de problemas en pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación: los problemas como parte de la vida cotidiana</li> </ul> <u>Técnica de Solución de problemas en pareja:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 1: orientación hacia el problema</li> <li>• Fase 2: formulación y definición del problema</li> <li>• Fase 3: generación de alternativas</li> <li>• Revisión de ejemplos propios</li> <li>• Revisión y corrección de las fases 1,2, y3</li> <li>• Técnica de Solución de problemas en pareja:</li> <li>• Fase 4: toma de decisiones</li> <li>• Fase 5: ejecución y verificación de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se elige otro de los problemas que la pareja ha señalado en la lista y se realizan de nuevo todos los pasos de la técnica de solución de problemas.</li> </ul>



Sesiones	Estrategias y técnicas	Tareas para casa
<b>7<sup>a</sup></b>  Crecimiento postraumático y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar el proceso de terapia, el proceso de cambio y aceptarlo.</li> <li>• Resumir los logros conseguidos con la terapia.</li> <li>• Elaboración conjunta de la narración del recuerdo traumático, incluyendo el impacto que tuvo en la relación de pareja el atentado terrorista, la vida tras el trauma y cómo han crecido en este proceso de modo individual y como pareja, incluyendo los cambios conseguidos en su relación.</li> <li>• Recordar la importancia de la lucha en equipo contra el trauma y contra los problemas y conflictos que erosionaban la relación.</li> <li>• Trabajar las fortalezas que se han puesto de manifiesto en su historia como pareja y en el transcurso de la terapia mediante preguntas, devolución de fortalezas y áreas de resiliencia.</li> <li>• Plantear una visión de futuro de la relación de pareja basada en el mantenimiento de lo conseguido hasta ahora y en aras del buen clima en la pareja. Dar continuidad después del trauma (ya no se trata de un futuro limitado). Técnicas de proyectarse al futuro.</li> <li>• Resumir las situaciones de riesgo y estrategias de acción ante ellas configuradas con las parejas.</li> <li>• Exhortar a la pareja a que continúe trabajando como un equipo en la lucha contra los problemas y conflictos que se presenten.</li> <li>• Prevención de recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reflexión y ampliación de los logros conseguidos.</li> <li>✓ Tratar de manejar autónomamente las situaciones de riesgo. Dejar abierta la posibilidad de consulta con el terapeuta en caso necesario.</li> </ul>

## 7.4 Análisis estadísticos

Todas las variables consideradas y medidas en este estudio fueron codificadas y analizadas con el programa de tratamiento estadístico IBM SPSS v. 22.0. Cuando un paciente inició el tratamiento pero luego dejó de acudir al mismo, se codificó en la base de datos como abandono y fue considerado como fracaso terapéutico. El criterio seguido para considerar que un paciente había abandonado el tratamiento fue no acudir a más de dos sesiones seguidas. En nuestro estudio un 23,5% de personas abandonaron el tratamiento.

Para analizar la efectividad del tratamiento en el postratamiento se tuvo en cuenta, a su vez, dos criterios. El primero de ellos se basó en el cambio estadísticamente significativo en el nivel de ajuste de la relación de pareja, en el cambio de los factores psicológicos relacionados con el ajuste de la relación de pareja y en la reducción de la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. El segundo criterio, tuvo en cuenta la significación clínica de los cambios en esas variables.

Para el análisis se utilizaron los resultados del grupo total de parejas y, además, para algunas variables, el grupo fue dividido en dos: el grupo 1 formado por las víctimas del terrorismo (o sea aquellos que habían sufrido el atentado directamente o eran familiares en primer grado de los heridos o fallecidos en los atentados, con  $n = 14$ ) y el grupo 2 formado por sus parejas ( $n = 12$ ). En este sentido, un 52,9% de los participantes pertenecían al grupo 1 y un 47,1% al grupo 2. De todas las parejas, un 64,7% no estaban juntos en el momento del atentado y un 35,3% sí.

Por último, como en nuestra investigación no fue un criterio de exclusión la toma de psicofármacos o el estar recibiendo, simultáneamente a nuestro tratamiento de pareja, una TCC-CT individual, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVA) con respecto a la combinación de los tratamientos. El objetivo fue comprobar si había algún efecto de interacción entre los cambios pre-postratamiento y el tipo de tratamiento (tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + TCC-CT individual o tratamiento de pareja frente a tratamiento de pareja + psicofármacos) con respecto a la mejora de la relación de pareja y a los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja. No se describen los análisis con relación a la combinación de los tratamientos para la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad, debido al pequeño tamaño muestral. Para estudiar los efectos terapéuticos sobre la sintomatología psicológica la muestra se dividió en dos grupos, víctimas y parejas de las víctimas, y a su vez estos dos grupos se dividieron en grupos más pequeños en función del tipo de tratamiento. Como resultado, los grupos finales de víctimas o los grupos finales de sus

parejas resultaron ser muy pequeños y no tenían potencia estadística suficiente para garantizar la validez de las conclusiones estadísticas respecto al efecto diferencial de los tipos de tratamiento y, por consiguiente, los resultados de los análisis estadísticos que se hubieran obtenido habrían sido no fiables.

A continuación explicamos con más detalle los diferentes análisis estadísticos realizados respecto a los cambios observados tras el tratamiento de pareja.

***1.) Análisis de la significación estadística de los cambios pretratamiento-postratamiento en el nivel de ajuste de la relación de pareja, en los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja y en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad :***

- a) Para comprobar la significación estadística de los cambios en el nivel de ajuste de la relación de pareja se calcularon las puntuaciones medias de las parejas en las medidas de Ajuste total (a través de la EAD) en el postratamiento y tales medias fueron comparadas con las medias correspondientes en el pretratamiento mediante pruebas *t* de Student para medidas repetidas. Asimismo, se analizaron los resultados para los grupos 1 (víctimas) y 2 (sus parejas) a través de pruebas *t* de Student para medidas repetidas.
- b) Para comprobar la significación estadística de los cambios en los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja (el grado de comunicación, el grado de libre expresividad dentro de la familia, el grado de interacción conflictiva, el modo en que las parejas resuelven problemas o conflictos, las tácticas de conflictos, los pensamientos automáticos relacionados con la ira-hostilidad y las creencias y actitudes relacionadas con la ira-hostilidad), se calcularon las puntuaciones medias de las parejas en las medidas de la Escala FES, del SPSI-R, de la CTS-2, del IPRI y del IACRI en el postratamiento y tales medias fueron comparadas con las medias correspondientes en el pretratamiento mediante pruebas *t* de Student para medidas repetidas.

- c) Para comprobar la significación estadística de los cambios en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad se calcularon las puntuaciones medias del grupo 1 formado por las víctimas del terrorismo en las medidas de la PCL-S, el BDI-II y el BAI en el postratamiento y tales medias fueron comparadas con las medias correspondientes en el pretratamiento mediante pruebas *t* de Student para medidas repetidas. Con relación al grupo 2 formado por sus parejas, se calcularon las puntuaciones medias del grupo formado en las medidas del BDI-II y el BAI y tales medias fueron comparadas con las medias correspondientes en el pretratamiento mediante pruebas *t* de Student para medidas repetidas.

**2.) *Análisis de la significación clínica de los cambios pretratamiento-postratamiento en el nivel de ajuste de la relación de pareja, en los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja y en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad:***

- a) Se estimó el tamaño del efecto<sup>2</sup> de los cambios terapéuticos, para lo cual se calculó el estadístico *g* de Hedges respecto a las diferencias entre las medias obtenidas en el pretratamiento y las medias obtenidas en el postratamiento, ya que este estadístico incluye una corrección según el tamaño de la muestra y, por lo tanto, es más apropiado para muestras más pequeñas. La interpretación de *g* es similar a la del estadístico *d* de Cohen y, por tanto, de acuerdo a los estándares de Cohen (1988), un efecto de *g* = 0,80 o

---

<sup>2</sup>El tamaño del efecto se refiere a la magnitud de un fenómeno, por ejemplo, a la magnitud de una relación entre dos variables o a la magnitud de la diferencia entre el pretratamiento y el postratamiento, mientras que la significación clínica se refiere a si esa magnitud tiene importancia o valor práctico, es decir, si la magnitud de esa relación o diferencia supone un cambio real en las vidas de los pacientes (Kazdin, 1992). Por lo tanto, estrictamente, el tamaño del efecto es un concepto distinto del de significación clínica. En este sentido, es posible encontrar tamaños del efecto grandes que aún así, por la patología del fenómeno, no supusieran un cambio real en la vida de los pacientes o de su entorno. No obstante, existe una fuerte relación entre ambos conceptos. Cuanto mayor es el tamaño del efecto más probabilidad hay de que ese efecto sea clínicamente significativo. Teniendo en cuenta este criterio, en esta tesis doctoral se utilizan otros indicadores de la significación clínica además del tamaño del efecto, el cual se ha considerado un indicador complementario de la significación clínica de los resultados terapéuticos conseguidos.

mayor es considerado grande, uno de  $g$  entre 0,50 y 0,79 es considerado moderado y uno de  $g$  entre 0,20 y 0,49 es considerado pequeño. Este índice de tamaño del efecto fue calculado: (a) en las medidas de Ajuste total de la EAD para el grupo total y por subgrupos (víctimas del terrorismo y sus parejas); (b) en las medidas de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja para el grupo total, y (c) en las medidas de estrés postraumático, depresión y ansiedad de la PCL-S, el BDI-II y el BAI por subgrupos (víctimas del terrorismo y sus parejas).

- b) Se analizó la efectividad del tratamiento para el ajuste de la relación de pareja en términos de su significación clínica calculándose el porcentaje de pacientes (en el grupo total y en los subgrupos formados por las víctimas del terrorismo y, el otro, por sus parejas) cuya puntuación en el postratamiento en las medidas de Ajuste total de la EAD estaba por encima de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, lo que Jacobson y Truax (1991) denominaron “puntuación C” y que es de 100 puntos para la EAD (Cáceres, 1996). Los porcentajes postratamiento y pretratamiento se compararon mediante pruebas de McNemar para medidas repetidas.
- c) Se analizó la efectividad del tratamiento en las medidas de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja en términos de su significación clínica calculándose el porcentaje de pacientes en el grupo total de las parejas cuya puntuación en el postratamiento en las medidas de la Escala FES, el SPSI-R, la CTS-2, el IPRI y el IACRI quedasen por encima o por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional (que es diferente para cada una de estas medidas y que se describe en los resultados). Los porcentajes postratamiento y pretratamiento se compararon mediante pruebas de McNemar para medidas repetidas.
- d) Con relación a las medidas de síntomas, para analizar también la efectividad del tratamiento en términos de su significación clínica se calculó el porcentaje de pacientes en los grupos 1 (víctimas) y 2 (sus parejas) cuya puntuación en el postratamiento en las

medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad se encontraban por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional (puntuación C), y que es de 29 puntos para la PCL-S (Sanz y García-Vera, 2015) y de 14 puntos para el BAI y el BDI-II (Sanz, 2013, 1014). Los porcentajes se compararon mediante pruebas de McNemar para dos muestras relacionadas.

- e) Por último, para determinar la existencia de un cambio clínicamente significativo se utilizó el criterio del índice de cambio fiable (RCI), propuesto también por Jacobson y Truax (1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002), que marca a partir de cuándo el cambio en los datos puede ser considerado consistente, fiable, y, por tanto, no debido a fluctuaciones azarosas entre los momentos de medida o a errores del propio test. El RCI fue calculado para las medidas de Ajuste total de la pareja (según la EAD) para el grupo total, y para las medidas de estrés postraumático, depresión y ansiedad (según la PCL-S, el BDI-II y el BAI) se calculó para cada uno de los dos subgrupos en que dividimos la muestra (el grupo 1 de las víctimas y el grupo 2 de sus parejas).

Según Jacobson y Truax (1991) el RCI es de 10 puntos para la EAD. Combinando la puntuación C con el RCI podría clasificarse a los pacientes en cuatro categorías (Jacobson y Truax, 1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002): “recuperados”, “mejorados”, “sin cambios”, o “empeorados”. En este sentido, un paciente cuya puntuación ha aumentado 10 puntos o más en la EAD podría considerarse que ha *mejorado* el ajuste total de pareja. Si además, su puntuación es mayor que 100 en la EAD podría considerarse *recuperado*. Sin embargo, si su puntuación no ha aumentado 10 puntos en la EAD se podría considerar *sin cambios*, y si la puntuación no solo no ha aumentado sino que ha descendido 10 puntos o más en la EAD se podría considerar que ha *empeorado*. Así, se calculó el porcentaje de cada categoría (“recuperados”, “mejorados”, “sin cambios”, o “empeorados”). Los índices de significación clínica solamente se tuvieron en cuenta aquí de forma descriptiva, puesto que no había un grupo control con el que comparar.

Según las estimaciones de Sanz (2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015), el RCI es de 12 puntos para la PCL-S y de 10 para el BDI-II y el BAI. Combinando la puntuación C con el RCI un paciente cuya puntuación ha descendido 12 puntos o más en la PCL-S o 10 puntos en el BDI-II o el BAI podría considerarse *mejorado* de su sintomatología ansioso-depresiva, respectivamente. Si además, su puntuación es menor de 29 en la PCL-S o menor de 14 en el BDI-II o el BAI podría considerarse *recuperado*. Pero si su puntuación no ha descendido 12 puntos en la PCL-S o 10 puntos en el BDI-II o el BAI, se podrían considerar *sin cambios*, y si la puntuación no solo no ha descendido sino que ha aumentado 12 puntos o más en la PCL-S o 10 en el BDI-II o el BAI se podría considerar que ha *empeorado*. Se calculó el porcentaje de cada categoría. Al igual que en la EAD los índices de significación clínica solamente se tuvieron en cuenta aquí de forma descriptiva, puesto que no había un grupo control con el que comparar.

### **3.) *Análisis de las diferencias en cambio terapéutico entre la terapia de pareja y su combinación con la TCC-CT o con psicofármacos***

En último lugar, puesto que un 37,9% de los pacientes que completaron el tratamiento estaban tomando psicofármacos al inicio del estudio y un 35,7% de este grupo estaban recibiendo simultáneamente TCC-CT de tipo individual, se realizaron, para la muestra de participantes que completaron el tratamiento, varios ANCOVA con el tipo de tratamiento (terapia de pareja vs. terapia de pareja en combinación con TCC-CT o con psicofármacos) como factor intersujetos, el momento de medida (pretratamiento vs. postratamiento) como factor intrasujeto y el sexo y la edad como covariables. En este sentido, se trataba, controlando la edad y el sexo, de comprobar la existencia de algún efecto significativo de interacción entre el factor intersujeto (terapia de pareja vs. terapia de pareja en combinación) y el factor intrasujeto (pretratamiento vs. postratamiento) que indicara que los cambios pre-postratamiento para las medidas de la relación de pareja eran diferentes en el grupo que había recibido solo

terapia de pareja que en el grupo que había recibido dicha terapia de pareja en combinación con TCC-CT individual o en combinación con psicofármacos. De esta manera, si el estadístico  $F$  correspondiente a la interacción de los factores inter e intrasujeto resultaba estadísticamente significativo, esto indicaría que el tipo de tratamiento (terapia de pareja vs. TCC-CT individual + terapia de pareja o terapia de pareja vs. psicofármacos + terapia de pareja) afectaba de forma significativa a las diferencias pre-post en las variables dependientes. Además, se calculó el  $\eta^2$  *parcial* como índice de tamaño del efecto para interpretar la magnitud de las diferencias en las distintas variables dependientes en relación con la interacción entre el momento de medida (pre vs. post) y el tipo de tratamiento (terapia de pareja vs. TCC-CT individual + terapia de pareja o terapia de pareja vs. psicofármacos + terapia de pareja). Siguiendo los valores convencionales de Cohen (1988) y su tabla de equivalencias entre  $\eta^2$  y  $f$ , se consideró un  $\eta^2$  *parcial* = 0,0099 como un tamaño del efecto pequeño, un  $\eta^2$  *parcial* = 0,0588 como un tamaño del efecto medio y un  $\eta^2$  *parcial* = 0,1379 como un tamaño del efecto grande.





# **Capítulo 8.**

## **Resultados**



## 8. Resultados

### 8.1 Efectividad del tratamiento en función de la mejora de la relación de pareja

#### 8.1.1 Análisis de la efectividad en función de un incremento en el ajuste de la relación de pareja

En cuanto al análisis de efectividad basado en la mejora en el ajuste de la relación de pareja, en la Tabla 14 y en la Tabla 15 se representan las puntuaciones medias que obtuvieron en la EAD, tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, el grupo total de las parejas ( $n = 26$  personas) que completaron el tratamiento y los dos grupos del presente estudio en los que se dividió la muestra, el grupo 1 de las víctimas de terrorismo ( $n = 14$ ) y el grupo 2 formado por sus parejas ( $n = 12$ ).

Tal y como refleja la Tabla 14, se apreció un cambio estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ) en todas las subescalas de la EAD (Consenso, Satisfacción, Expresión de afecto y Cohesión) en la comparación de las medias pre-postratamiento. La puntuación EAD media de pretratamiento de las parejas que completaron el tratamiento en la subescala de Ajuste total con la pareja fue de 94,7 ( $DT = 9,5$ ). Si comparamos esta puntuación media con el postratamiento, apreciamos que hubo un aumento en la puntuación media que pasó a ser 103,4 ( $DT = 11,0$ ), lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ), apreciándose como las puntuaciones finales quedaron por encima del punto de corte o puntuación C (una puntuación  $< 100$  puntos), la cual, según Cáceres (1996), se considera como la puntuación de corte para la presencia de problemas en el ajuste de las parejas.

*Tabla 14. Resultados terapéuticos sobre las medidas de ajuste de pareja (EAD) de las parejas que participaron en el tratamiento*

<b>Variable</b>	<b>Pretratamiento</b>	<b>Postratamiento</b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>g</i></b>
Consenso	46,5 (4,6)	50,3 (4,7)	-3,92	0,001	0,79
Satisfacción	30,4 (5,3)	32,7 (5,6)	-3,64	0,001	0,43
Expresión de afecto	6,7 (2,3)	8,0 (1,9)	-3,41	0,002	0,60
Cohesión	10,8 (2,9)	12,5 (3,2)	-3,72	0,001	0,57
Ajuste con la pareja	94,7 (9,5)	103,4 (11,0)	-6,28	0,001	0,84

*Nota.*  $N = 13$  parejas. Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. EAD: Escala de Ajuste Diádico.

En la Tabla 15 se muestran los resultados en las medidas de la EAD por subgrupos, comparándose los resultados pre y post. Como puede apreciarse, para el grupo 1 de las víctimas de terrorismo se apreció un cambio estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ) en las subescalas *Consenso*, *Cohesión* y *Ajuste Total* en la comparación de las medias pre-postratamiento. En cambio, en las subescalas *Satisfacción* y *Expresión de afecto* este cambio no resultó estadísticamente significativo. Para el grupo de sus parejas se apreció un cambio estadísticamente significativo en todas las subescalas de la EAD.

*Tabla 15. Resultados terapéuticos sobre las medidas de ajuste de pareja (EAD) de las parejas que participaron en el tratamiento*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
<b>Consenso:</b>					
Grupo 1: Víctima	47,6 (4,1)	51 (5,7)	-2,93	0,012	0,68
Grupo 2: Pareja	45,3 (5,1)	49,4 (3,3)	-2,57	0,026	0,96
<b>Satisfacción:</b>					
Grupo 1: Víctima	30,5 (6,2)	32,0 (6,0)	-1,90	0,080	0,24
Grupo 2: Pareja	30,3 (4,2)	33,6 (5,2)	-3,30	0,007	0,68
<b>Expresión de afecto:</b>					
Grupo 1: Víctima	6,7 (2,5)	7,9 (2,3)	-1,93	0,076	0,46
Grupo 2: Pareja	6,7 (2,2)	8,2 (1,5)	-3,10	0,010	0,78
<b>Cohesión:</b>					
Grupo 1: Víctima	10,7 (3,2)	12,1 (3,0)	-2,42	0,031	0,43
Grupo 2: Pareja	10,8 (2,7)	13,1 (3,6)	-2,82	0,017	0,69
<b>Ajuste con la pareja:</b>					
Grupo 1: Víctima	95,5 (11,3)	102,8 (12,1)	-3,96	0,002	0,61
Grupo 2: Pareja	93,7 (7,3)	104,0 (10,0)	-4,99	0,001	1,15

*Nota.* *N* = 13 parejas Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. EAD: Escala de Ajuste Diádico. El grupo 1 incluye la víctima de terrorismo, *n* = 14 personas (las víctimas que han recibido el atentado directamente y los que son hijos de víctimas directas o que perdieron su hijo/a en el atentado). El grupo 2 incluye sus parejas (*n* = 12 personas).

Para el grupo de las víctimas de terrorismo se apreció un cambio en las medias en la subescala de Ajuste Total que pasaron de 95,5 (*DT* = 11,3) en el pretratamiento a 102,8 (*DT* = 12,1) en el postratamiento, quedando las puntuaciones, que estaban por debajo del punto de corte, a situarse por encima del punto de corte o puntuación *C* en el postratamiento lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa (*p* = 0,002). Por otra parte, para el grupo de sus parejas, también hubo cambios estadísticamente significativos (*p* = 0,001) pues las

puntuaciones medias pasaron de 93,7 ( $DT = 7,3$ ) en el pretratamiento a 104,0 ( $DT = 10,0$ ) en el postratamiento, quedando igualmente por encima del punto de corte o puntuación C (EAD = 100; Cáceres, 1996), lo que indicaría que, como media, ese grupo ya no presentaba problemas de ajuste de pareja (véase la Figura 6).

### 8.1.2 Análisis de efectividad en función de la significación clínica

Independientemente de la significación estadística, se utilizaron diferentes índices para dar cuenta de la significación clínica de los resultados obtenidos con la adaptación de este tratamiento de pareja: el tamaño del efecto (con el estadístico  $g$  de Hedges), la “puntuación C” y el porcentaje de pacientes total y de cada grupo, grupo 1 de víctimas y grupo 2 de sus parejas que habían rebasado este punto de corte y, por último, el “índice de cambio fiable”, con la categorización de los pacientes en mejorados, recuperados, sin cambios y empeorados.

En este sentido, como puede verse en la Tabla 14, los resultados de este estudio revelaron un tamaño de efecto pre-post grande en la subescala de Ajuste total de la EAD ( $g = 0,84$ ), según los estándares para el coeficiente  $g$  de Hedges.

En un análisis más específico por grupos, encontramos que el tamaño de efecto pre-post en la subescala de Ajuste total de la EAD en el grupo 1 de las víctimas de terrorismo fue moderado ( $g = 0,61$ ) y para sus parejas el tamaño de efecto fue grande ( $g = 1,15$ ) (véase la Tabla 15).

Además, se analizó la efectividad del tratamiento en términos de su significación clínica calculándose el porcentaje de pacientes en el grupo total y en los subgrupos 1 y 2 cuya puntuación en el postratamiento estaba por encima de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, o lo que es lo mismo, lo que Jacobson y Truax (1991) denominaron “puntuación C” y que es de 100 puntos para la EAD (Cáceres, 1996).

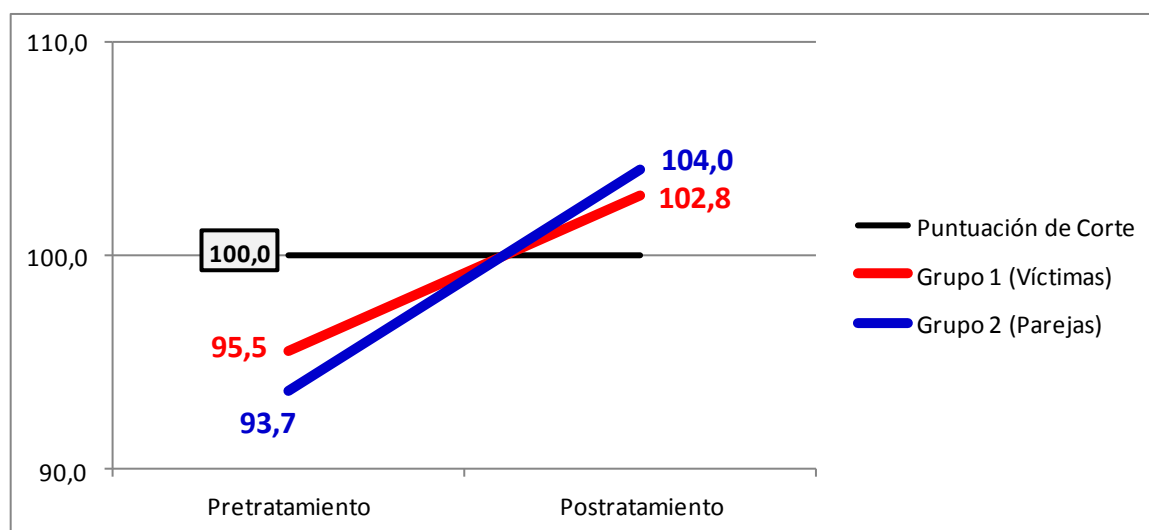


Figura 6. Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en el Ajuste total (medida mediante la EAD) del grupo 1 (víctimas) y del grupo 2 (parejas) en las evaluaciones pre y postratamiento.

En este sentido, el 65,4% de pacientes de la muestra total que concluyeron el tratamiento, el 57,1% del grupo 1 de las víctimas de terrorismo y el 75,0% del grupo 2 fueron clasificados como que consiguieron un buen nivel de ajuste en su relación, con una puntuación total del EAD de 100 o más al final del tratamiento. Hay que tener en cuenta que, en las puntuaciones iniciales para esos pacientes que concluyeron el tratamiento, tan solo un 34,6% de pacientes de la muestra total, un 42,9% del grupo 1 de las víctimas de terrorismo y un 25% del grupo 2 partieron de un buen nivel de ajuste en su relación, con una puntuación total del EAD por encima del punto de corte de 100, por lo que obtenemos diferencias porcentuales entre el pretratamiento y el postratamiento que son de 30,8 (para el grupo total), 14,2 (grupo 1 de las víctimas) y 50 (grupo 2 de las parejas) puntos porcentuales. Estas diferencias pueden considerarse estadísticamente significativas para el grupo total y para el grupo 2 de las parejas, pero no así para el grupo 1 de las víctimas (véase la Tabla 16).



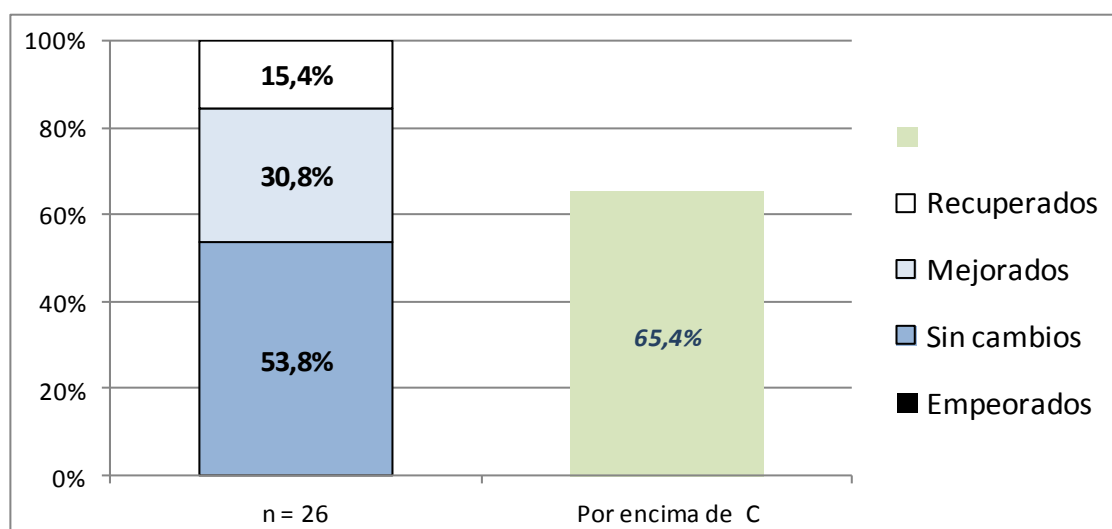
*Tabla 16. Comparación de los porcentajes de pacientes que rebasaron el punto de corte en las medidas de la EAD en el pretratamiento y en el postratamiento*

		<b>Puntuación de corte</b>	<b>Porcentaje en el pretratamiento</b>	<b>Porcentaje en el postratamiento</b>	<b>Diferencia de porcentajes</b>
Grupo 1 (Víctimas)	<i>n</i> = 14	> 100	42,9%	57,1%	14,3% (n.s.)
Grupo 2 (Parejas)	<i>n</i> = 12	> 100	25,0%	75,0%	50,0% *
Total	<i>n</i> = 26	> 100	34,6%	65,4%	30,8% **

*Nota.* Todos los valores son porcentajes salvo que se indique lo contrario. EAD= Escala de Ajuste diádico.

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con  $p < .05$ . \*\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con  $p < 0,01$ . n.s.=no significativa.

Además, según el índice de cambio fiable (RCI), el 30,8% de los pacientes del grupo total *mejoraron*, mostrando un incremento fiable en el Ajuste total desde el pretratamiento al postratamiento (10 puntos para la EAD), mientras que un 53,8% podía considerarse *sin cambios* (véase la Figura 7). Con relación a la categoría *recuperados*, un 15,4% de pacientes pudieron considerarse dentro de esta categoría. En cualquier caso, habría que considerar que 34,6% de los pacientes (grupo de los completos) comenzaron el tratamiento con un nivel alto de ajuste en su relación, por encima del punto de corte, lo que es posible que haya creado un efecto de techo en sus puntuaciones y que impida su inclusión en la categoría de recuperados. Por otro lado, no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento en sus problemas de ajuste de pareja.



*Figura 7. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento en las medidas de ajuste de la EAD.*

## 8.2 Análisis de la efectividad en función del cambio en las variables psicológicas relacionadas con el funcionamiento de la pareja desde el punto de vista de su significación estadística y clínica

En cuanto al análisis de efectividad en función del cambio en los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja, en las tablas siguientes se representa la puntuación media que obtuvieron en las medidas de clima social en la familia (FES), solución de problemas o conflictos (SPSI-R), tácticas de conflicto (CTS-2; perpetuación y victimización), pensamientos relacionados con la ira-hostilidad (IPRI) y creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad (IPRI), tanto en el pretratamiento como en el postratamiento. Se describen las puntuaciones para el grupo total de las parejas ( $n = 26$  personas) que completaron el tratamiento. Además, en las tablas se ha incluido el tamaño del efecto en las medidas de estas variables para estimar la significación clínica del cambio.

### 8.2.1 Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de clima social en la familia (FES)

En la Tabla 17 se aprecian los resultados en las medidas de las medidas de clima social en la familia (FES) en las tres subescalas analizadas: Cohesión, Expresividad y Conflicto, apreciándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las tres subescalas, con tamaños del efecto de moderados a grande.

*Tabla 17. Resultados terapéuticos sobre las medidas de clima social en la familia (FES)*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Cohesión (C0)	47,2 (7,3)	52,7 (6,9)	-3,26	0,003	0,76
Expresividad (EX)	50,2 (8,2)	56,1 (5,6)	-3,10	0,005	0,84
Conflicto (CO)	51,3 (9,6)	46,2 (3,9)	3,05	0,005	0,74

*Nota.* Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. FES: Escala de Clima social en la Familia.  $N=13$  parejas.

Como puede apreciarse en la tabla anterior, donde se muestran los resultados sobre las medidas de clima social en la familia (FES), en la subescala Cohesión las puntuaciones medias pasaron de 47,2 ( $DT = 7,3$ ) en el pretratamiento a 52,7 ( $DT = 6,9$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ), quedando la puntuación media postratamiento por encima del punto de corte (50, según Moos et al., 1989) y consiguiéndose un tamaño del efecto moderado, casi grande, de  $g = 0,76$ . Igualmente, se observó en la subescala de Expresividad una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,005$ ), al pasar las puntuaciones medias de 50,2 ( $DT = 8,2$ ) en el pretratamiento a 56,1 ( $DT = 5,6$ ) en el postratamiento, quedando esta última puntuación por encima del punto de corte para esta escala (50), y obteniéndose una diferencia pre-postratamiento de un tamaño del efecto grande ( $g = 0,84$ ). Por último, en la subescala Conflicto las puntuaciones medias pasaron de 51,3 ( $DT = 9,6$ ) en el pretratamiento a 46,2 ( $DT = 3,9$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,005$ ), quedando la puntuación media

postratamiento por debajo del punto de corte (50) y obteniéndose un tamaño del efecto moderado, casi grande ( $g = 0,74$ ).

Además del tamaño del efecto, para analizar la efectividad del tratamiento en términos de su significación clínica se calculó el porcentaje de pacientes en el grupo total cuya puntuación en el postratamiento estaba por encima o por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, o lo que es lo mismo, lo que Jacobson y Truax (1991) denominaron “puntuación C” y que es de 50 puntos para la FES (Moos et al., 1989), y se comparó dicho porcentaje con el obtenido en el pretratamiento.

En la subescala Cohesión, el 53,8% de los pacientes de la muestra total presentaron una puntuación media por debajo del punto de corte (50) en el pretratamiento, porcentaje que se redujo a solo el 23,1% de los pacientes en el postratamiento. Esta diferencia porcentual de 30,8 puntos resultó estadísticamente significativa,  $p < 0,05$ . En la subescala Expresividad, el 38,5% de los pacientes de la muestra total obtuvo en el pretratamiento una puntuación por debajo del punto de corte (50), mientras que en el postratamiento dicho porcentaje se redujo a tan solo el 19,2% de los pacientes; sin embargo, esta diferencia porcentual de 19,3 puntos no resultó estadísticamente significativa. Por último, en la subescala Conflicto se produjo un incremento en el porcentaje de los pacientes que redujeron su nivel de conflictividad, desde un 46,2% de pacientes con una puntuación por encima del punto de corte (50) en el pretratamiento hasta un 7,7% en el postratamiento, resultando siendo la diferencia porcentual de 38,5 puntos estadísticamente significativa,  $p < 0,01$  (véase la Tabla 24).

### **8.2.2 Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de solución de problemas o conflictos (SPSI-R)**

En la Tabla 18 se aprecian los resultados en las medidas de solución de problemas o conflictos (SPSI-R). Observamos, analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento, que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las subescalas Orientación

negativa al problema, Estilo impulsivo o descuidado y Estilo evitativo y un tamaño del efecto moderado en las subescalas anteriormente nombradas.

*Tabla 18. Resultados terapéuticos sobre las medidas de solución de problemas o conflictos (SPSI-R) de las parejas que participaron en el tratamiento*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Orientación positiva al problema (PPO)	9,6 (2,7)	9,8 (3,0)	-0,38	0,707	0,07
Orientación negativa al problema (NPO)	16,5 (10,0)	11,5 (7,1)	3,12	0,004	0,58
Solución racional del problema (RPS)	38,6 (14)	37,4 (13,1)	0,76	0,456	0,09
Estilo impulsivo o descuidado (ICS)	13,1 (9,5)	7,9 (6,7)	3,84	0,001	0,64
Estilo evitativo (AS)	9,3 (7,2)	6,0 (4,6)	3,06	0,005	0,55

*Nota.* *N* = 13 parejas Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. SPSI-R: Inventario de Resolución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R).

Como puede apreciarse en la tabla anterior, donde se muestran los resultados sobre las medidas del SPSI-R, se observaron cambios estadísticamente significativos en Orientación negativa al problema pues las puntuaciones medias pasaron en esta subescala de 16,5 (*DT* = 10,0) en el pretratamiento a 11,5 (*DT* = 7,1), en el postratamiento, quedando esta última puntuación por debajo del punto de corte (12,48, según Sanz, García-Vera y Fortún, 2011). Esa diferencia pre-postratamiento en Orientación negativa al problema fue estadísticamente significativa (*p* = 0,004) y alcanzó un tamaño del efecto moderado (*g* = 0,58). Por otra parte, en la subescala de Estilo evitativo, los pacientes pasaron de una puntuación media de 9,3 (*DT* = 7,2) en el pretratamiento a 6,0 (*DT* = 4,6), en el postratamiento, lo que suponía una reducción estadísticamente significativa (*p* = 0,005) de magnitud moderada (*g* = 0,55) e implicaba que la puntuación media en el postratamiento quedaba por debajo del punto de corte (8,67 para esta subescala según Sanz et al., 2011). Por último, en la subescala Estilo impulsivo las

puntuaciones medias pasaron de 13,1 (DT = 9,5) en el pretratamiento a 7,9 (DT = 6,7), en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ). Sin embargo, en esta última subescala las puntuaciones medias no disminuyeron lo suficiente para quedarse en el postratamiento por debajo del punto de corte (6,31, según Sanz et al., 2011), aunque el tamaño de la diferencia pre-postratamiento fue moderado ( $g = 0,64$ ).

Con relación a las subescalas Orientación positiva al problema y Solución racional del problema no se apreciaron cambios estadísticamente significativos y el tamaño de esos cambios fue pequeño para ambas medidas (véase la Tabla 18).

Para analizar la efectividad del tratamiento en términos de su significación clínica se calculó, además del tamaño del efecto, el porcentaje de pacientes en el grupo total cuya puntuación en el postratamiento estaba por encima o por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, o “puntuación C”, y que es diferente para cada una de las Escalas del SPSI-R. En las medidas del SPSI-R se apreciaron cambios estadísticamente significativos en esos porcentajes en la subescala Orientación negativa al problema y cambios con tendencia a la significación en la subescala Estilo impulsivo o descuidado (véase la Tabla 24).

En las subescala Orientación negativa al problema (NPO), el 57,7% de los pacientes de la muestra total presentaba, en el pretratamiento, una puntuación media por encima del punto de corte (12,48 para esta subescala), lo que significaba que tenían una orientación negativa al problema, mientras que dicho porcentaje, en el postratamiento, disminuyó y tan solo el 30,8% de los pacientes obtuvieron en el postratamiento una puntuación en la subescala NPO por encima del punto de corte, apreciándose una diferencia porcentual de 26,9 puntos que resultó estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Con relación a la subescala Estilo impulsivo o descuidado (ICS) también se apreciaron cambios en los porcentajes del pretest al posttest, es decir, si en el pretratamiento, el 53,8% de los pacientes de la muestra total obtuvieron una puntuación por encima del punto de corte (8,67), en el postratamiento dicho porcentaje se

redujo hasta el 34,6% de los pacientes, apreciándose una diferencia porcentual de 19,2 puntos que, sin embargo, no resultó estadísticamente significativa, aunque sí con una ligera tendencia a la significación ( $p = 0,06$ ). Por último, con relación a las subescala Estilo evitativo (AS), Orientación positiva al problema (PPO) y Solución racional del problema (RPS) no se apreciaron cambios estadísticamente significativos entre el pretratamiento y el postratamiento en el porcentaje de pacientes de la muestra que obtuvieron puntuaciones por encima (AS) o por debajo (PPO y RPS) de los puntos de corte correspondientes (véase la Tabla 24).

### 8.2.3 Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de tácticas de conflicto CTS-2 (perpetuación y victimización)

En la Tabla 19 se aprecian los resultados en las medidas de tácticas de conflicto que ofrecen las subescalas de perpetuación de la CTS-2. Analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las subescalas negociación emocional, negociación cognitiva, agresión psicológica menor y agresión psicológica grave. Atendiendo al criterio de la significación clínica obtuvimos tamaños del efecto moderados en las escalas negociación cognitiva y agresión psicológica menor y pequeños en las restantes escalas.

*Tabla 19. Resultados terapéuticos sobre las medidas de tácticas de conflicto (CTS-2; perpetuación) de las parejas que participaron en el tratamiento*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Negociación emocional	23,4 (16,9)	28,6 (18,8)	-3,13	0,004	0,29
Negociación cognitiva	15,5 (10,3)	23 (11,4)	-4,95	0,001	0,68
Agresión psicológica menor	13,2 (14,1)	6,3 (5,9)	2,7	0,012	0,68
Agresión psicológica grave	1,4 (2,5)	0,3 (0,7)	2,45	0,022	0,42

*Nota.*  $N = 13$  parejas. Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. CTS2: Escala de Tácticas de Conflicto revisada.

Como puede observarse en la Tabla 19, la puntuación media para la subescala Negociación emocional fue 23,4 ( $DT = 16,9$ ) en el pretratamiento frente a 28,6 ( $DT = 18,8$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,004$ ) y un tamaño del efecto pequeño ( $g = 0,29$ ). Para la subescala Negociación cognitiva, la puntuación media fue 15,5 ( $DT = 10,3$ ) en el pretratamiento frente a 23,0 ( $DT = 11,4$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ) y un tamaño del efecto moderado ( $g = 0,68$ ). Para la subescala Agresión psicológica menor, la puntuación media fue 13,2 ( $DT = 14,1$ ) en el pretratamiento frente a 6,3 ( $DT = 5,9$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,012$ ) y un tamaño del efecto moderado ( $g = 0,68$ ). Por último, la puntuación media para la subescala Agresión psicológica grave fue 1,4 en el pretratamiento ( $DT = 2,5$ ) frente a 0,3 ( $DT = 0,7$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,022$ ) y un tamaño del efecto pequeño ( $g = 0,42$ ).

En la Tabla 20 podemos ver los resultados terapéuticos obtenidos con las medidas de tácticas de conflicto que ofrecen las subescalas de victimización de la CTS-2 (CTS-2, victimización). Como se aprecia, existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las subescalas Negociación emocional, Negociación cognitiva y Agresión psicológica menor y tamaños del efecto moderados en las escalas Negociación cognitiva, Agresión psicológica menor y Agresión psicológica grave.



*Tabla 20. Resultados terapéuticos sobre las medidas de tácticas de conflicto (CTS-2; victimización) de las parejas que participaron en el tratamiento*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Negociación emocional	20,0 (13,8)	25,5 (16,2)	-2,84	0,009	0,42
Negociación cognitiva	14,1 (10,9)	21,2 (10,1)	-3,94	0,001	0,66
Agresión psicológica menor	14,9 (14,6)	7,2 (7,2)	2,75	0,011	0,70
Agresión psicológica grave	1,0 (1,6)	1,2 (4,9)	-0,24	0,81	0,057

*Nota.* *N* = 13 parejas. Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. CTS-2: Escala de Tácticas de Conflicto revisada.

Como puede apreciarse en la Tabla 20, la puntuación media para la subescala Negociación emocional fue 20,0 (*DT* = 13,8) en el pretratamiento frente a 25,5 (*DT* = 16,2) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa (*p* = 0,009) y un tamaño del efecto pequeño (*g* = 0,415). En lo que respecta a la subescala Negociación cognitiva, la puntuación media fue 14,1 (*DT* = 10,9) en el pretratamiento frente a 21,2 (*DT* = 10,1) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa (*p* = 0,001) y un tamaño del efecto moderado (*g* = 0,66). Para la subescala Agresión psicológica menor, la puntuación media en el pretratamiento fue de 14,9 (*DT* = 14,6) frente a 7,2 (*DT* = 7,2) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa (*p* = 0,011), y un tamaño del efecto moderado (*g* = 0,70). Por último, para la subescala Agresión psicológica grave, la puntuación media en el pretratamiento fue de 1,0 (*DT* = 1,6) frente a 1,2 (*DT* = 4,9) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente no significativa (*p* = 0,811), y un tamaño del efecto casi nulo (*g* = 0,057).

No se analizaron las diferencias pre-postratamiento en las escalas de agresión física, coerción sexual y daño de la CTS-2, pues partíamos de niveles iniciales muy bajos y no era posible comparar diferencias pre-post. No fue posible utilizar otros criterios de significación clínica para las medidas obtenidas según la CTS-2 de Straus, debido a la inexistencia de

estudios acerca de su sensibilidad a la hora de ser utilizada como medida de cambio terapéutico y a la inexistencia de puntos de corte establecidos de forma empírica (Loinaz et al., 2012).

#### 8.2.4 Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de pensamientos relacionados con la ira–hostilidad (IPRI)

En la Tabla 21 se aprecian los resultados en las medidas de pensamientos relacionados con la ira–hostilidad (IPRI) y una comparación por sexo entre el grupo de hombres y mujeres de este estudio en la subescala PHAI (pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad), pues este inventario tiene puntos de corte diferentes en función del sexo (en la subescala PHAI para las mujeres de 28-52 y para los hombres de 22-49 puntos se consideran puntuaciones medias, según Magán, Sanz y García-Vera, 2010a).

*Tabla 21. Resultados terapéuticos sobre las medidas de pensamientos relacionados con la Ira-Hostilidad (IPRI)*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Pensamientos Hostiles (PH)	19,5 (8,2)	15,5 (4,9)	2,60	0,015	0,41
Pensamientos Físicamente Agresivos (PFA)	7,3 (3,6)	5,8 (2,0)	2,54	0,017	0,12
Pensamientos Verbalmente Agresivos (PVA)	14,4 (6,4)	11,2 (3,4)	2,99	0,006	0,28
Pensamientos Hostiles y Agresivos en la Ira-Hostilidad (PHAI)	39,9 (16,2)	32,6 (8,5)	2,79	0,010	0,59
(PHAI) mujeres	38,8 (14,1)	30,9 (5,62)	2,22	0,045	0,79
(PHAI) hombres	41,25 (12,87)	34,5 (10,98)	1,65	0,128	0,45

*Nota.* Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. IPRI: Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-Hostilidad. *n* = 13 parejas.

Como puede apreciarse en la Tabla 21 se observaron cambios estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) en la subescalas Pensamientos Hostiles (PH), Pensamientos

Físicamente Agresivos (PFA), Pensamientos Verbalmente Agresivos (PVA) y Pensamientos Hostiles y Agresivos en la Ira-hostilidad (PHAI). Esta última subescala es una medida global de las tres anteriores. Los tamaños del efecto fueron pequeños para las tres primeras escalas.

Con relación a la subescala PHAI (pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad) del IPRI, las puntuaciones medias pasaron de 39,9 ( $DT = 16,2$ ) en el pretratamiento a 32,6 ( $DT = 8,5$ ), en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,01$ ) y un tamaño del efecto moderado ( $g = 0,59$ ). Analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento, en función del sexo de los participantes, existen diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,045$ ) en los pensamientos negativos de Ira-hostilidad únicamente en mujeres, pasando las puntuaciones medias de 38,8 ( $DT = 14,1$ ) en el pretratamiento a 30,9 ( $DT = 5,62$ ) en el postratamiento, manteniéndose dentro del rango medio, según el punto de corte del IPRI para mujeres para la subescala PHAI, que estima la media entre 28-52 puntos. El tamaño del efecto para estos cambios en mujeres fue moderado ( $g = 0,79$ ). En cambio, para los varones, las diferencias no fueron estadísticamente significativas y los tamaños del efecto fueron pequeños, si bien es cierto que, como se aprecia en la Tabla 21, las puntuaciones iniciales y finales se encuentran dentro del rango medio para este inventario (22-49 puntos para varones).

Atendiendo a otro de los criterios de la significación clínica contemplados en el presente trabajo, un 36,9% de los pacientes del grupo total mostraban, en el pretratamiento, una puntuación en la subescala PHAI (pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad) que se encontraba por encima del rango medio, mientras que dicho porcentaje se redujo, en el postratamiento, hasta un 7,7%, lo que suponía una diferencia porcentual de 29,2 puntos y que era estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). La mayoría de los pacientes (un 53,8% de los pacientes) se encontraban, al inicio del tratamiento, dentro del rango medio. Al finalizar el tratamiento, hubo un aumento de los pacientes (hasta un 69,2%) que quedaron dentro de este

rango medio, lo que suponía una diferencia porcentual de 15,4 puntos, pero dicha diferencia no resultó estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) (véase la Tabla 24).

### 8.2.5 Análisis de la efectividad en función del cambio en las medidas de creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad (IACRI)

En la Tabla 22 se aprecian los resultados en las medidas de creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad (IACRI). Analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las subescalas Necesidad de expresar la ira (NEI), Resistencia a delegar tareas o trabajos por desconfianza (R) y en la escala IACRI Total. Atendiendo al criterio de la significación clínica, obtuvimos tamaños del efecto pequeños en las tres escalas.

*Tabla 22. Resultados terapéuticos sobre las medidas de actitudes y creencias relacionadas con la ira-hostilidad (IACRI)*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
Derecho a no tener experiencias negativas (DNTEN)	12,5 (6,5)	11,4 (6,9)	1,92	0,067	0,05
Necesidad de expresar la ira (NEI)	13,5 (6,2)	11,19 (5,75)	3,20	0,004	0,38
Susplicacia-desconfianza paranoide (SP/DP)	14,0 (6,2)	13,0 (5,4)	1,29	0,209	0,07
Derecho a tener experiencias positivas (DTEP)	13,2 (4,1)	13,2 (3,9)	0,04	0,965	0,004
Resistencia a delegar tareas o trabajos por desconfianza (R)	14,9 (6,3)	12,8 (5,0)	2,73	0,011	0,37
<b>IACRI total</b>	<b>68,7 (24,5)</b>	<b>61,6 (20,1)</b>	<b>3,43</b>	<b>0,002</b>	<b>0,31</b>

*Nota.* Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. IACRI: Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-Hostilidad.  $N = 13$  parejas ( $N = 26$  personas).

Como puede apreciarse en la tabla anterior, donde se muestran los resultados sobre las medidas de creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad, se observaron cambios

estadísticamente significativos en la subescala IACRI total, pasando las puntuaciones medias de 68,7 ( $DT = 24,5$ ) en el pretratamiento a 61,6 ( $DT = 20,1$ ) en el postratamiento, lo que suponía no solo una reducción estadísticamente significativa ( $p = 0,002$ ), si no que dichas puntuaciones disminuyeron hasta quedarse por debajo del punto de corte (64,65, según Magán, Sanz y García-Vera, 2010b).

Atendiendo al criterio de la significación clínica, el tamaño del efecto fue pequeño ( $g = 0,31$ ) para los cambios pre-post observados en la subescala IACRI total. En lo que respecta al cálculo del porcentaje de pacientes en el grupo total cuya puntuación estaba por debajo de la puntuación de corte, en el pretratamiento ese porcentaje alcanzó el 42,3% de las personas de la muestra, y ese mismo porcentaje fue el que se obtuvo en el postratamiento. Por lo tanto, parece que no hubo un cambio significativo desde el punto de vista clínico en el nivel total de creencias y actitudes relacionadas con la ira hostilidad, tal cual lo define el IACRI (véase la Tabla 24).

En un análisis separado para los grupos 1 (víctimas del terrorismo) y 2 (sus parejas), en la Tabla 23 aparecen los resultados pretratamiento y postratamiento en las medidas de creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad (IACRI) para esos dos grupos. Para el grupo 1 (víctimas de terrorismo) se apreció un cambio significativo en las puntuaciones medias totales en el IACRI que pasaron de 71,5 ( $DT = 22,2$ ) en el pretratamiento a 64,7 ( $DT = 19,5$ ) en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,007$ ), quedándose los resultados muy ligeramente por encima del punto de corte (64,65, según Magán, Sanz y García-Vera, 2010b). El tamaño del efecto fue pequeño,  $g = 0,32$ . Por otra parte, para el grupo de sus parejas (grupo 2), las puntuaciones medias totales en el IACRI pasaron de 65,4 ( $DT = 27,6$ ) en el pretratamiento a 57,9 ( $DT = 21,1$ ) en el postratamiento y, aunque esta última puntuación se quedó por debajo del punto de corte, el cambio pre-postratamiento no fue estadísticamente significativo ( $p < 0,078$ ) y representaba tan solo un efecto de tamaño pequeño ( $g = 0,30$ ).

*Tabla 23. Resultados terapéuticos sobre las medidas de actitudes y creencias relacionadas con la Ira-Hostilidad. (IACRI) de las parejas que participaron en el tratamiento*

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
<b>IACRI total</b>					
Grupo 1: Víctima	71,5 (22,2)	64,7 (19,5)	3,18	0,007	0,32
Grupo 2: Pareja	65,4 (27,6)	57,9 (21,1)	1,95	0,078	0,30

*Nota.* *N* = 13 parejas. Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. IACRI: Inventario de actitudes y creencias relacionadas con la Ira-Hostilidad. El grupo 1 incluye la víctima de terrorismo (*n* = 14 personas que habían sufrido el atentado directamente o que eran hijos o padres de víctimas fallecidas en el atentado). El grupo 2 incluye sus parejas (*n* = 12 personas).

En lo que respecta al porcentaje de pacientes en ambos subgrupos (grupo 1 y 2) cuya puntuación en el postratamiento estaba por debajo de la puntuación de corte, no se encontró que dichos porcentajes fueron significativamente diferentes de los encontrados en el pretatamiento (véase la Tabla 24). Por lo tanto, parece que no hubo un cambio significativo desde el punto de vista clínico en el nivel de creencias y actitudes total relacionadas con la ira hostilidad, tal cual lo define el IACRI, para ninguno de los dos subgrupos, ni para las víctimas ni para sus parejas, si bien es cierto que el grupo de las víctimas partía de una puntuación media inicial bastante más alta del punto de corte.

Tabla 24. Comparación de los porcentajes de pacientes que mostraban niveles significativos en las medidas de la FES, el SPSI-R, el IACRI y el IPRI en el pretratamiento y en el postratamiento

Variable		Puntuación de corte	Porcentaje del pretratamiento	Porcentaje del postratamiento	Diferencia de porcentajes	<i>p</i>
FES Cohesión	<i>n</i> = 26	< 50	53,8%	23,1%	-30,8	*
FES Expresividad	<i>n</i> = 26	< 50	38,5%	19,2%	-19,3	n.s.
FES Conflicto	<i>n</i> = 26	> 50	46,2%	7,7%	-38,5	**
SPSI-R, PPO	<i>n</i> = 26	< 10,12	69,2%	69,2%	0	n.s.
SPSI-R, NPO	<i>n</i> = 26	> 12,48	57,7%	30,8%	-26,9	*
SPSI-R, RPS	<i>n</i> = 26	< 39,06	53,8%	61,5%	8,3	n.s.
SPSI-R, ICS	<i>n</i> = 26	> 8,67	53,8%	34,6%	-19,2	n.s.
SPSI-R, AS	<i>n</i> = 26	> 6,31	50,0%	38,5%	-11,5	n.s.
IACRI total	<i>n</i> = 26	> 65,65	42,3%	42,3%	0	n.s.
IPRI, PHAI	<i>n</i> = 26	>49 (varón) >52 (mujer)	36,9%	7,7%	-29,2	*
IPRI, PHAI	<i>n</i> = 26	Rango: 22 > < 49 (varón) 28 > < 52 (mujer)	53,8%	69,2%	-15,4	n.s.

*Nota.* FES = Escala de clima social en la familia. SPSI-R = El Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado. SPSI-R, PPO = Orientación positiva al problema. SPSI-R, NPO = Orientación negativa al problema. SPSI-R, RPS = Solución racional del problema. SPSI-R, ICS = Estilo impulsivo o descuidado. SPSI-R, AS = Estilo evitativo. IACRI = Inventario de actitudes y creencias relacionados con la ira-hostilidad. IPRI = Inventario de pensamientos relacionados con la ira-hostilidad. IPRI, PHAI = Pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad. \* Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con  $p < 0,05$ . \*\* Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con  $p < 0,01$ . n.s.= no significativa.

### 8.3 Efectividad del tratamiento en función del cambio en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

#### 8.3.1 Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En cuanto al análisis de efectividad basado en la sintomatología, en Tabla 25 se representa la puntuación media que obtuvieron tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, los dos grupos del presente estudio y en cada uno de los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

*Tabla 25. Resultados terapéuticos sobre las medidas de estrés postraumático (PCL-S), depresión (BDI-II) y ansiedad (BAI)*

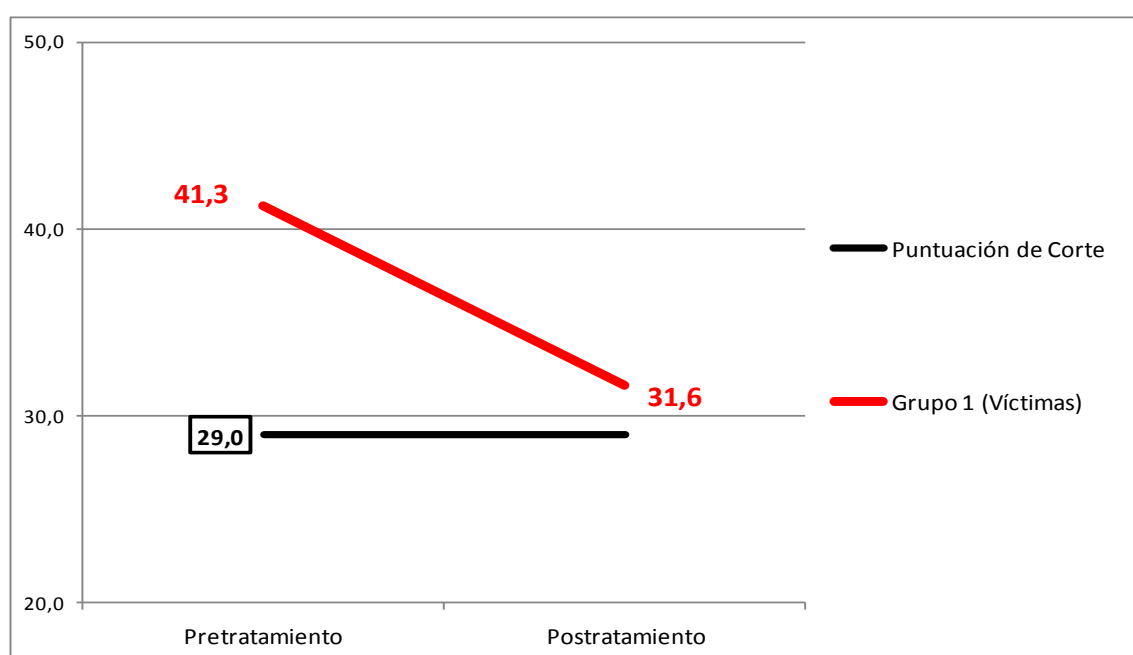
Variable	Pretratamiento	Postratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
<b>Estrés postraumático (PCL-S)</b>					
Grupo 1: Víctima	41,3 (15,2)	31,6 (10,7)	3,16	0,013	0,72
<b>Depresión (BDI-II)</b>					
Grupo 1: Víctima	23 (19,1)	9,1 (7,3)	2,73	0,026	1,00
Grupo 2: Pareja	11,8 (8,4)	8,6 (6,6)	1,92	0,082	0,42
<b>Ansiedad (BAI)</b>					
Grupo 1: Víctima	23,7 (15,3)	12,2 (12,3)	2,73	0,026	0,79
Grupo 2: Pareja	11,8 (12,2)	8,4 (9,1)	1,94	0,078	0,30

*Nota.* Salvo que se indique otra cosa, los valores son medias con desviaciones típicas entre paréntesis. PCL-S = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. El grupo 1 incluye la víctima de terror ( $n = 9$  personas, las víctimas que han recibido el atentado directamente, y/ o los que son hijos de víctimas directas, o que perdieron su hijo/a en el atentado). El grupo 2 incluye sus parejas ( $n = 12$  personas).

Con relación a la sintomatología de estrés postraumático, tal y como observamos en la Tabla 25 que hace referencia a la PCL-S, cuestionario que se aplicó solo al grupo 1 de las víctimas de terrorismo ( $n = 9$ ), la puntuación media de las personas que formaban parte del



grupo de víctimas se encontraba muy por encima de la “puntuación C”, a la que ya se hizo alusión anteriormente y que para este cuestionario en concreto es de 29 puntos (Sanz y García-Vera, 2015). Como vemos, en el grupo 1 de las víctimas hubo una reducción estadísticamente significativa ( $p = 0,013$ ) en la puntuación media en la PCL-S pasando la media de 41,3 ( $DT = 15,2$ ) en el pretratamiento a 31,6 ( $DT = 10,7$ ) en el postratamiento. Sin embargo, esa disminución no consiguió que la puntuación media en el postratamiento estuviera por debajo del punto de corte (véase la Figura 8).



*Figura 8. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en los síntomas de estrés postraumático (medida mediante la PCL-S) del grupo 1 (víctimas) en las evaluaciones pre y postratamiento.*

Con relación a la sintomatología depresiva medida por el BDI-II, puede observarse en la Tabla 25 que la puntuación media de las personas que formaban parte del grupo 1 de víctimas de terrorismo que completaron el tratamiento ( $n = 9$ ), se encontraba en el pretratamiento por encima de la “puntuación C” que para este cuestionario en concreto es de 14 puntos (Sanz y García-Vera, 2015). Esta puntuación media de 23,0 ( $DT = 19,1$ ) mostró un descenso

significativo tras el tratamiento, de manera que pasó de situarse por encima del punto de corte establecido para una sintomatología clínicamente significativa o puntuación C a encontrarse en el postratamiento por debajo de dicha puntuación C, alcanzando un valor de 9,1 (DT = 7,3), lo que suponía una diferencia pretratamiento-postratamiento estadísticamente significativa ( $p = 0,026$ ) (véase la Figura 9).

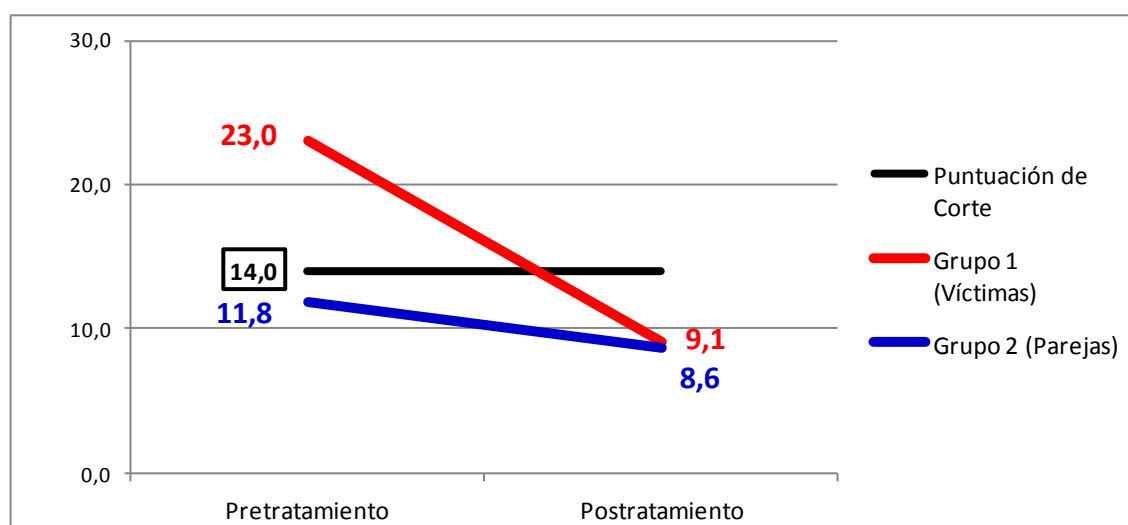
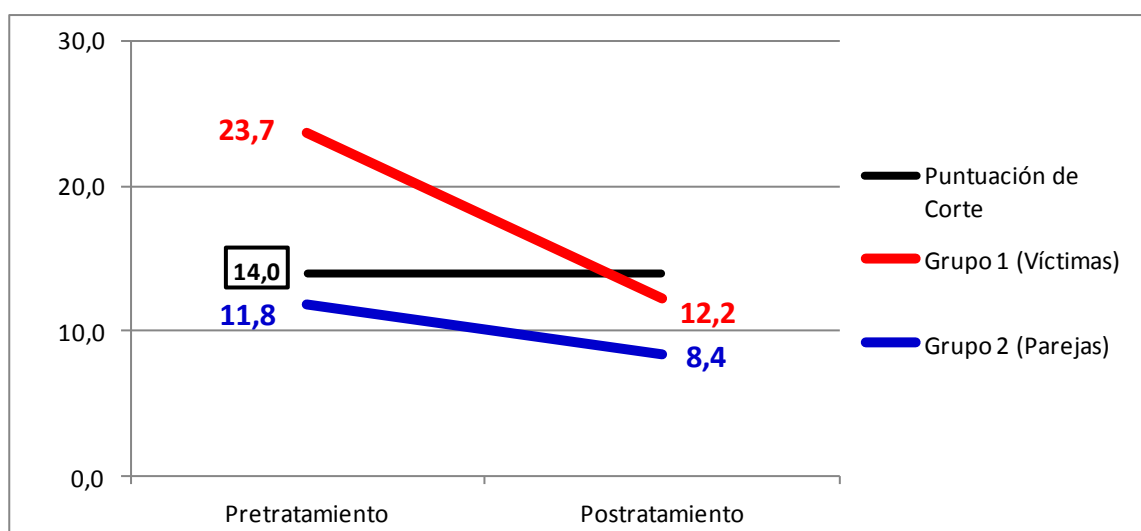


Figura 9. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en los síntomas de depresión (medidos mediante el BDI-II) del grupo 1 (víctimas) y del grupo 2 (parejas) en las evaluaciones pre y postratamiento.

Con relación a la sintomatología ansiosa medida a través del BAI, en la Tabla 25 puede observarse que la disminución de la puntuación media entre el pretratamiento (23,7; DT = 15,3) y el postratamiento (12,2; DT = 12,3) resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,026$ ). Además, al igual que en el BDI-II, en el postratamiento la puntuación media se encontraba por debajo de la puntuación C (14 para el BAI), tal y como puede verse en la Figura 10.

Con relación al grupo 2 de las parejas de las víctimas y tal como puede apreciarse en la Tabla 25, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en la sintomatología depresiva medida por el BDI-II ni en la sintomatología ansiosa medida a través del BAI. Una posible explicación para la ausencia de cambios estadísticamente significativos, en el grupo de

las parejas, en la sintomatología de depresión y de ansiedad podría ser el hecho de que la media del grupo indicaba la ausencia, en general, de sintomatología clínicamente significativa de este tipo al inicio del tratamiento, quedando sus puntuaciones medias pretratamiento por debajo de la puntuación C (14 para el BDI-II y el BAI; véase Sanz, 2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015).



*Figura 10. Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en los síntomas de ansiedad (medida mediante el BAI) del grupo 1 (víctimas) y del grupo 2 (parejas) en las evaluaciones pre y postratamiento.*

### 8.3.2 Efectividad del tratamiento en función de la presencia de cambios clínicamente significativos en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

Se utilizaron diferentes índices para dar cuenta de la significación clínica de los resultados obtenidos con la adaptación de este tratamiento de pareja: el tamaño del efecto (con el estadístico  $g$  de Hedges), el porcentaje de pacientes que habían disminuido sus puntuaciones por debajo de la puntuación C y el RCI.

En lo que respecta a los tamaños del efecto pre-post, se calcularon en relación con la sintomatología postraumática para el grupo 1 y con la sintomatología ansiosa y depresiva para

cada grupo. Si observamos nuevamente la Tabla 25 donde aparecen los tamaños del efecto pre-post, veremos que para el grupo de víctimas del terrorismo el estadístico  $g$  de Hedges fue de 0,72 (para la PCL-S), por lo que puede considerarse como moderado. En cambio, para el BDI-II el estadístico  $g$  de Hedges fue de 1,00 por lo que se considera grande y, por último, fue de 0,79 para el BAI, considerado moderado según los estándares para dicho estadístico.

Con relación al grupo 2 de las parejas de las víctimas y como puede apreciarse en la Tabla 25, los tamaños de efecto para el BDI-II y el BAI pueden considerarse pequeños, por lo que estos cambios observados en las medias pre/post no alcanzaron la significación clínica. La explicación de la ausencia de cambios clínicamente significativos, en el grupo de las parejas, en la sintomatología de depresión y de ansiedad puede atribuirse a que la media del grupo no presentaban sintomatología clínicamente significativa de este tipo al inicio del tratamiento, quedando sus puntuaciones medias pretratamiento por debajo de la puntuación C (14 para el BDI-II y el BAI, véase Sanz, 2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015).

Por otra parte, respecto al porcentaje de pacientes que tras el tratamiento se encontraban por debajo de la puntuación que marca el corte entre una distribución normal y una disfuncional, o lo que es lo mismo, la puntuación C (29 para la PCL-S y 14 para el BDI-II y el BAI, véase Sanz, 2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015), en la Tabla 26 puede observarse que en el grupo 1 de las víctimas, de un 22,2% de víctimas que inicialmente se encontraban por debajo del punto de corte para la PCL-S se pasó a un 33,3% de víctimas después del tratamiento, lo que implicaba una diferencia porcentual de 11,1 puntos que, sin embargo, no resultó estadísticamente significativa,  $p > 0,05$ .

Con relación al BDI-II, de un 44,4% de víctimas que inicialmente puntuaban en dicho instrumento por debajo del punto de corte, se llegó a un 56,6% de víctimas después del tratamiento, lo que implicaba una diferencia porcentual de 11,2 puntos que, sin embargo, no resultó estadísticamente significativa,  $p > 0,05$ . Por último, con respecto al BAI, de un 22,2% de víctimas que inicialmente se encontraban por debajo del punto de corte, hubo un aumento de

víctimas que cumplía esa condición hasta llegar a un 55,6% después del tratamiento, lo que implica una diferencia porcentual de 33,4 puntos entre el pretratamiento y el postratamiento que sí resultó estadísticamente significativa,  $p < 0,05$ . En el grupo 2 de parejas, también se apreciaron aumentos en estos porcentajes, aunque fueron menores en las medidas del BDI-II, que pasaron de un 66,7% a un 75,0% (diferencia porcentual de 8,3 puntos) y en las medidas del BAI, que pasaron de un 58,3% a un 75,0% (diferencia porcentual de 16,7 puntos), diferencias porcentuales que no resultaron estadísticamente significativas,  $p > 0,05$  (véase la Tabla 26).

*Tabla 26. Comparación de porcentajes de pacientes en el pretratamiento y en el postratamiento, del Grupo 1 (víctimas del terrorismo) y del Grupo 2 (parejas de las víctimas) con relación a la puntuación de corte en las medidas de la PCL-S, del BDI-II y del BAI*

Variable		Puntuación de corte	Porcentaje del pretratamiento	Porcentaje del postratamiento	Diferencia de porcentajes
<b>PCL-S</b>					
Grupo 1 (Víctimas)	$n = 9$	$< 29$	22,2%	33,3%	11,1% (n.s.)
<b>BDI-II</b>					
Grupo 1 (Víctimas)	$n = 9$	$< 14$	44,4%	55,6%	11,2% (n.s.)
Grupo 2 (Parejas)	$n = 12$	$< 14$	66,7%	75,0%	8,3% (n.s.)
<b>BAI</b>					
Grupo 1 (Víctimas)	$n = 9$	$< 14$	22,2%	55,6%	33,4% *
Grupo 2 (Parejas)	$n = 12$	$< 14$	58,3%	75,0%	16,7% (n.s.)

*Nota.* PCL-S = Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión específica. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. \*Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con  $p < 0,05$ ; n.s. = no significativa.

El último de los criterios que se tuvo en cuenta para evaluar la significación clínica de cambio en las medidas de estrés postraumático, de depresión y de ansiedad en el grupo 1 de las

víctimas (a través de la PCL-S, el BDI-II y el BAI, respectivamente), fue el RCI. Según este índice y su combinación con la puntuación C, el 44,4% de las víctimas *mejoraron*, mostrando un incremento fiable en la medida de estrés postraumático desde el pretratamiento al postratamiento (12 puntos para la PCL-S), mientras que un 11,1% de las víctimas pudieron considerarse *recuperados*, un 44,4% podía considerarse *sin cambios* y, finalmente, no hubo pacientes que hubiesen *empeorado* en estrés postraumático tras el tratamiento. Respecto a la medida de depresión (BDI-II), en el grupo 1 de las víctimas, según el RCI y en conjunción con la puntuación C, el 33,3% de dichas víctimas *mejoraron*, mostrando un incremento fiable de la depresión desde el pretratamiento al postratamiento (10 puntos para el BDI-II); un 11,1% de pacientes se *recuperaron*, un 55,6% podía considerarse *sin cambios* y tampoco hubo pacientes *empeorados* tras el tratamiento. Por último, con relación a las medidas de ansiedad (a través del BAI), en el grupo 1 de las víctimas, según el RCI y la puntuación C, el 11,1% de dichas víctimas *mejoraron*, mostrando un incremento fiable de su puntuación en esas medidas desde el pretratamiento al postratamiento (10 puntos para el BAI), mientras que un 33,3% de las víctimas pudieron considerarse *recuperados*, un 55,6% podía considerarse *sin cambios* y no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento (véase la Figura 11).

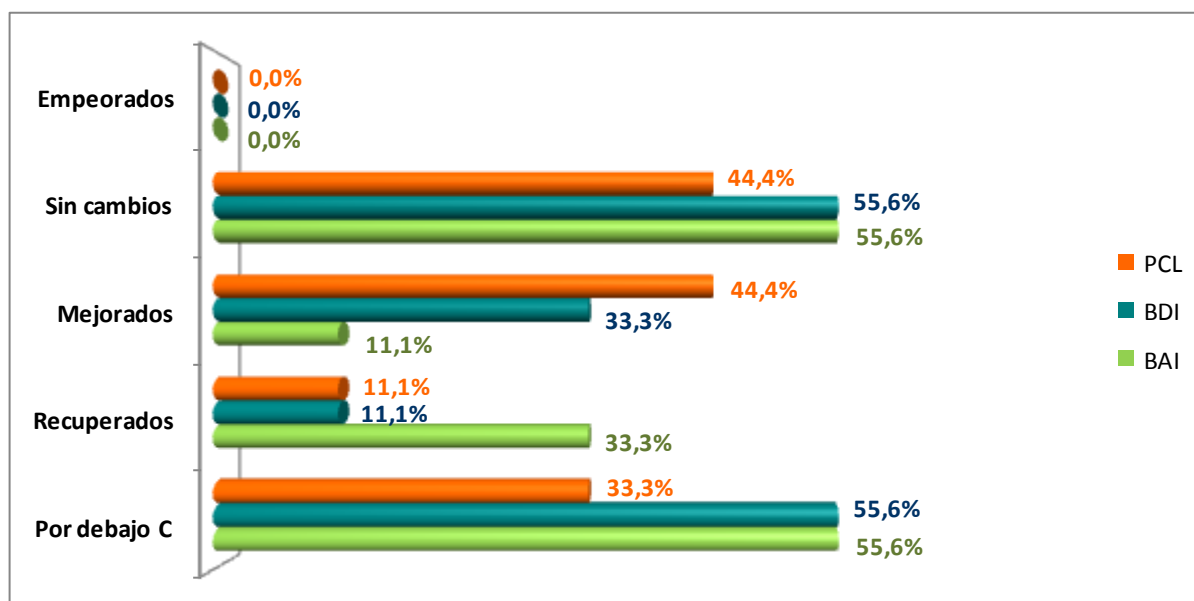


Figura 11. Porcentaje de pacientes del Grupo 1 (víctimas) empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento en las medidas de la PCL-S, el BDI-II y el BAI.

En el grupo 2 de las parejas, atendiendo al RCI en conjunción con la puntuación C, solo un 8,3% de dichas parejas *mejoraron*, mostrando un incremento fiable de la su puntuación en la medida de depresión desde el pretratamiento al postratamiento (10 puntos para el BDI-II), mientras que la mayoría de los pacientes de ese grupo, un 83,3%, podían considerarse *sin cambios*, un 8,3% se *recuperaron* y no hubo pacientes *empeorados* tras el tratamiento (véase la Figura 12). Con relación a la medida de ansiedad (BAI), según el índice de cambio fiable (RCI), la mayoría de los pacientes del grupo 2, un 83,3%, podía considerarse *sin cambios* y tampoco hubo pacientes empeorados tras el tratamiento, mientras que solo un 16,7% de dichos pacientes *mejoraron*, mostrando un incremento fiable de su ansiedad desde el pretratamiento al postratamiento (10 puntos para el BAI; véase la Figura 12).

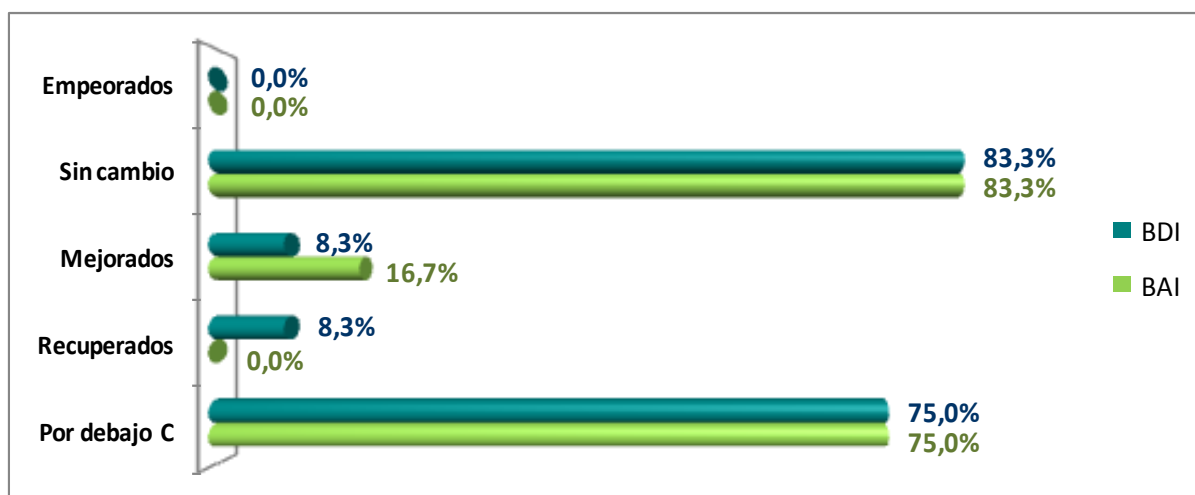


Figura 12. Porcentaje de pacientes del grupo 2 (parejas de las víctimas) empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento en las medidas de la PCL-S, el BDI-II y el BAI.

#### 8.4 Efectividad del tratamiento en la mejora de la relación de pareja en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o farmacoterapia

##### 8.4.1 Análisis de la terapia individual cognitivo-conductual centrada en el trauma combinada con la terapia de pareja en función de la mejora de la relación de pareja y de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja

Teniendo en cuenta que en nuestro estudio no fue un criterio de exclusión el estar recibiendo, simultáneamente a nuestro tratamiento de pareja, un tratamiento psicológico individual, un 35,7% de la muestra total que completaron el estudio estaba recibiendo TCC-CT individual frente a un 64,3% que no. Cabría la posibilidad, pues, de que el efecto sinérgico de la TCC-CT individual con el tratamiento de pareja, más que el propio tratamiento de pareja, fuera el responsable de los beneficios terapéuticos encontrados en el presente estudio en lo que se refiere a la mejora de la relación de pareja.



Para comprobar esto, se compararon, mediante ANCOVA, los resultados en ambos grupos (terapia de pareja frente a terapia de pareja + TCC-CT individual) en las medidas de ajuste total de la EAD y en cada una de las subescalas del test, así como en las medidas de los factores psicológicos relacionados con el ajuste de pareja. Los resultados de dichos ANCOVA con respecto al efecto de la interacción entre el tipo de tratamiento y el momento de medida que reflejaría las posibles diferencias en efectividad entre la combinación de ambos tratamientos y la aplicación de la terapia de pareja en solitario pueden apreciarse en la Tabla 27.

En este sentido, dicho efecto de interacción para la puntuación de la subescala de Ajuste total de la EAD comparaba los incrementos medios en los niveles de ajuste total de la pareja en el postratamiento respecto a sus niveles en el pretratamiento en ambos grupos terapéuticos. En el caso de los pacientes que recibieron simultáneamente los dos tratamientos las puntuaciones medias pasaron de 96,50 ( $DT = 13,98$ ) a 104,88 ( $DT = 13,94$ ), mientras que en el caso de aquellos que recibieron terapia de pareja en solitario pasaron de 96,08 ( $DT = 7,12$ ) a 107,17 ( $DT = 8,23$ ), por lo que parece que ambos grupos mejoraron en la misma proporción. Efectivamente, los resultados de los ANCOVA con el tipo de tratamiento como factor intersujetos, el momento de medida (pretratamiento vs. postratamiento) como factor intrasujeto y el sexo y la edad como covariables, revelaron que la interacción entre tipo de tratamiento y momento de medida no resultó significativa para la subescala de Ajuste total de la EAD ( $p > 0,05$ ). De hecho, en ambos grupos de tratamiento (terapia de pareja vs. TCC individual + terapia de pareja) las puntuaciones medias superaron en el postratamiento el punto de corte de la EAD (100 puntos) y la magnitud de los aumentos respecto a la EAD en el pretratamiento no fueron significativamente distintos entre ambos grupos, siendo el tamaño del efecto de dicha interacción pequeño ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$ ), por lo que no parece que la combinación de los dos tratamientos mejorase la efectividad de la terapia de pareja en solitario en relación con el ajuste diádico total.

Con relación a las otras variables que mide la EAD (Consenso, Satisfacción, Cohesión y Expresión de afectos), los efectos de la interacción entre tipo de tratamiento y momento de medida tampoco resultaron estadísticamente significativos (todos  $p > 0,5$ ) ni clínicamente significativos, ya que todos mostraron tamaños del efecto pequeños, a excepción del obtenido en relación con el grado de satisfacción en la pareja en la que sí se apreció una interacción clínicamente significativa atendiendo al criterio del tamaño del efecto ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,142$ ).

Los resultados de los ANCOVA realizados sobre las medidas de los factores psicológicos relacionados con el ajuste de pareja tampoco encontraron que los efectos de la interacción entre tipo de tratamiento y momento de medida resultaran estadísticamente significativos para todas esas medidas (todos  $p > 0,5$ ; véase la Tabla 27), salvo para la medida de los pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad, para la cual la interacción sí resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,036$ ); es más, dicha interacción también fue clínicamente significativa atendiendo al criterio del tamaño del efecto ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,248$ ) y reflejaba que los pacientes que recibieron terapia de pareja más TCC-CT individual redujeron más sus pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad tras el tratamiento que los pacientes que solo recibieron terapia de pareja: los primeros pasaron de una puntuación media en la subescala PHAI del IPRI de 47,88 en el pretratamiento a una puntuación media de 32,38 en el postratamiento, es decir, una reducción de aproximadamente 15 puntos, mientras que los segundos pasaron de una puntuación media de 32,08 en el pretratamiento a una puntuación media de 30,83, es decir, una reducción de aproximadamente tan solo 2 puntos.

Finalmente, es importante señalar que en algunas otras medidas de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja, aunque no se obtuvieron efectos de interacción estadísticamente significativos, sí se obtuvieron tamaños para esos efectos que podrían considerarse grandes o medios. Este fue el caso de las medidas del estilo evitativo en la resolución de problemas o conflictos ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,162$ ) y de la orientación negativa al problema ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,079$ ) y de algunas medidas de las tácticas de conflicto (Negociación

cognitiva, en su doble vertiente, lo que uno hace a la pareja,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,084$ , y lo que percibe que la pareja le hace a uno,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,080$ ) (véase la Tabla 27). Curiosamente, en las medidas de solución de problemas, tales efectos de interacción grandes o medios reflejaban una mayor efectividad de la combinación de terapia de pareja con TCC-CT que de la terapia de pareja en solitario, mientras que en las medidas de las tácticas de conflicto los efectos de interacción medios reflejaban una mayor efectividad de la terapia de pareja en solitario que de su combinación con TCC-CT.

*Tabla 27. Comparación de las diferencias pre-post entre los pacientes que recibían simultáneamente la TCC-C individual y la terapia de pareja y los que solo recibían la terapia de pareja (interacción entre el factor momento de medida y el factor tipo de tratamiento)*

<b>Variable</b>	<b>Prueba <i>F</i> de la interacción</b>	<b>Valor de significación (<i>p</i>)</b>	<b><i>Eta</i><sup>2</sup> parcial</b>
EAD - Ajuste total	0,850	0,370	0,050
EAD - Consenso	0,025	0,876	0,002
EAD - Satisfacción	2,644	0,124	0,142
EAD - Expresión de afecto	0,235	0,634	0,014
EAD - Cohesión	0,461	0,507	0,028
SPSI-R, PPO	0,000	0,991	0,000
SPSI-R, NPO	1,232	0,283	0,072
SPSI-R, RPS	0,231	0,637	0,014
SPSI-R, ICS	0,830	0,376	0,049
SPSI-R, AS	3,092	0,098	0,162
IACRI total	0,118	0,735	0,007
IPRI, PHAI	5,266	0,036	0,248
CTS-2, Negociación emocional, perpetuación	0,011	0,917	0,001
CTS-2, Negociación emocional, victimización	0,004	0,953	0,000
CTS-2, Negociación cognitiva, perpetuación	1,465	0,244	0,084
CTS-2, Negociación cognitiva, victimización	1,389	0,256	0,080
CTS-2, Agresión psicológica menor, perpetuación	0,031	0,863	0,002
CTS-2, Agresión psicológica menor, victimización	1,176	0,294	0,068
CTS-2, Agresión psicológica mayor, perpetuación	0,310	0,585	0,019
CTS-2, Agresión psicológica mayor, victimización	0,589	0,454	0,035

*Nota.* EAD= Escala de ajuste Diádico. SPSI-R = Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado. SPSI-R, PPO = Orientación positiva al problema; SPSI-R, NPO = Orientación negativa al problema; SPSI-R, RPS=Solución racional de problemas; SPSI-R, ICS = Estilo impulsivo o descuidado. SPSI-R, AS = Estilo evitativo. IACRI = Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-hostilidad. IPRI = Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-hostilidad. IPRI, PHAI = Pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad. CTS-2: Escala de Tácticas de Conflicto revisada.

#### **8.4.2 Análisis de los psicofármacos combinados con la terapia de pareja en función de la mejora de la relación de pareja y de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja**

Teniendo en cuenta que en nuestro estudio no fue un criterio de exclusión el estar tomando psicofármacos, simultáneamente a nuestro tratamiento de pareja, un 37,9% de los participantes de la muestra total que completaron el estudio estaba tomando psicofármacos frente a un 62,31% que no. Cabría la posibilidad, pues, de que el efecto sinérgico de la terapia de pareja combinada con los psicofármacos, más que la propia terapia de pareja, fuera el responsable de los beneficios terapéuticos encontrados en el presente estudio en lo que se refiere a la mejora de la relación de pareja.

Para comprobar esto, se compararon, mediante ANCOVA, los resultados en ambos grupos (terapia de pareja frente a terapia de pareja + psicofármacos) en las medidas de ajuste total de la EAD y en cada una de las subescalas del test, así como en las medidas de los factores psicológicos relacionados con el ajuste de pareja. Los resultados de dichos ANCOVA con respecto al efecto de la interacción entre el tipo de tratamiento y el momento de medida que reflejaría las posibles diferencias en efectividad entre la combinación de ambos tratamientos y la aplicación de la terapia de pareja en solitario pueden apreciarse en la Tabla 28.

En este sentido, los ANCOVA compararon los incrementos medios en los niveles de ajuste total (subescala de Ajuste total de la EAD) en el postratamiento respecto a sus niveles en el pretratamiento para ambos grupos terapéuticos. En el caso de los pacientes que recibieron simultáneamente los dos tratamientos las puntuaciones medias en la subescala de Ajuste total de la EAD pasaron de 92,80 ( $DT = 11,96$ ) a 98,90 ( $DT = 14,18$ ), mientras que en el caso de aquellos que recibieron terapia de pareja en solitario pasaron de 96,08 ( $DT = 7,12$ ) a 107,17 ( $DT = 8,23$ ), resultando la interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento ( $F$  de la interacción) no significativa estadísticamente en la subescala de Ajuste total de la EAD ( $p = 0,221$ ), aunque el tamaño de dicho efecto fue moderado ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,082$ ) y dicha

interacción, curiosamente, parecía reflejar una mayor efectividad de la terapia de pareja en solitario que de su combinación con psicofármacos en relación con el ajuste diádico total (con un aumento medio en el ajuste de aproximadamente 11 puntos frente a 6 puntos, respectivamente).

Con relación a las otras variables que mide la EAD, los resultados de los ANCOVA con respecto a la combinación de ambos tratamientos arrojaron que la interacción entre el tipo de tratamiento y el momento de evaluación no resultó estadísticamente significativa para las medidas de Consenso, Cohesión y Expresión del afecto (todas  $p > 0,05$ ; véase la Tabla 28), pero para el grado de satisfacción en la pareja sí se apreció una interacción estadísticamente significativa ( $p = 0,048$ ) y clínicamente significativa atendiendo al criterio del tamaño del efecto que fue grande ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,201$ ), y que reflejaba una mayor efectividad de la terapia de pareja en solitario que de su combinación con psicofármacos (un cambio pre-post de 31,17 a 35,08, es decir, un aumento de casi 4 puntos en el grado de satisfacción para la terapia de pareja en solitario, frente a un cambio pre-post de 29,5 a 30, es decir, un cambio de tan solo 0,5 puntos para la combinación de terapia de pareja con psicofármacos).

Por otro lado, para la expresión de afecto también se apreció una interacción clínicamente significativa atendiendo al criterio del tamaño del efecto que fue medio ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,090$ ); esta interacción reflejaba una mayor efectividad de la terapia de pareja en solitario que de su combinación con psicofármacos, aunque, como ya se ha dicho, no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,198$ ).

Con relación a las medidas de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja, la Tabla 28 muestra que la interacción entre el tipo de tratamiento y el momento de evaluación no resultó estadísticamente significativa para ninguno de ellas (todas  $p > 0,05$ ), salvo para la medida de pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad. Para este factor psicológico individual, la interacción si resultó estadística ( $p = 0,017$ ) y clínicamente significativa, con un tamaño del efecto grande ( $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,278$ ); dicha

interacción reflejaba que los pacientes que recibieron terapia de pareja más psicofármacos redujeron más sus pensamientos negativos asociados a la ira y la hostilidad tras el tratamiento que los pacientes que solo recibieron terapia de pareja: los primeros pasaron de una puntuación media en la subescala PHAI del IPRI de 49,20 en el pretratamiento a una puntuación media de 37,20 en el postratamiento, es decir, una reducción de 12 puntos, mientras que los segundos pasaron de una puntuación media de 32,08 en el pretratamiento a una puntuación media de 30,83, es decir, una reducción de aproximadamente tan solo 2 puntos.

Aunque en el resto de medidas de factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja no se encontraron efectos de interacción estadísticamente significativos, sí se encontraron que algunos resultaron clínicamente significativos según el tamaño del efecto. En concreto, la interacción entre los dos tratamientos resultó clínicamente significativa en las medidas de estilo evitativo en la resolución de problemas o conflictos y de agresión psicológica menor (victimización), con tamaños del efecto grandes ( $\eta^2$  parcial = 0,159 y  $\eta^2$  parcial = 0,153, respectivamente), y en la medida de negociación cognitiva (victimización), con un tamaño del efecto medio ( $\eta^2$  parcial = 0,084).

Curiosamente, en la medida de estilo evitativo en la resolución de problemas y en la medida de agresión psicológica menor (victimización), tales efectos de interacción grandes reflejaban una mayor efectividad de la combinación de terapia de pareja con psicofármacos que de la terapia de pareja en solitario, mientras que en la medida de negociación cognitiva (victimización) el efecto de interacción medio reflejaba una mayor efectividad de la terapia de pareja en solitario que de su combinación con psicofármacos.

*Tabla 28. Comparación de las diferencias pre-post entre los pacientes que completaron la terapia de pareja y tomaban psicofármacos y los que la completaron y no los tomaban (interacción entre el factor momento de medida y el factor tipo de tratamiento)*

<b>Variable</b>	<b>Prueba <i>F</i> de la interacción</b>	<b>Valor de significación (<i>p</i>)</b>	<b><i>Eta</i><sup>2</sup> parcial</b>
EAD - Ajuste total	1,606	0,221	0,082
EAD - Consenso	0,054	0,818	0,003
EAD - Satisfacción	4,524	0,048	0,201
EAD - Expresión de afecto	1,789	0,198	0,090
EAD - Cohesión	0,007	0,932	0,000
SPSI-R, PPO - Orientación positiva	0,125	0,727	0,007
SPSI-R, NPO - Orientación negativa	0,258	0,618	0,014
SPSI-R, RPS - Solución racional	0,255	0,620	0,014
SPSI-R, ICS (Impulsivo)	0,226	0,641	0,012
SPSI-R, AS (evitativo)	3,414	0,081	0,159
IACRI total	1,178	0,292	0,061
IPRI, PHAI	6,919	0,017	0,278
CTS-2, Negociación emocional, perpetuación	0,040	0,844	0,002
CTS-2, Negociación emocional, victimización	0,000	0,997	0,000
CTS-2, Negociación cognitiva, perpetuación	0,745	0,400	0,040
CTS-2, Negociación cognitiva, victimización	1,660	0,214	0,084
CTS-2, Agresión psicológica menor, perpetuación	0,658	0,428	0,035
CTS-2, Agresión psicológica menor, victimización	3,257	0,088	0,153
CTS-2, Agresión psicológica mayor, perpetuación	0,218	0,646	0,012
CTS-2, Agresión psicológica mayor, victimización	0,183	0,674	0,010

*Nota.* EAD= Escala de Ajuste Diádico. SPSI-R = Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado. SPSI-R, PPO = Orientación positiva al problema; SPSI-R, NPO = Orientación negativa al problema; SPSI-R, RPS=Solución racional de problemas; SPSI-R, ICS = Estilo impulsivo o descuidado. SPSI-R, AS = Estilo evitativo. IACRI = Inventario de Actitudes y Creencias Relacionados con la Ira-hostilidad. IPRI = Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-hostilidad. IPRI, PHAI = Pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad. CTS-2: Escala de Tácticas de Conflicto revisada.





# **Capítulo 9.**

## **Discusión**



## 9. Discusión

### 9.1 Efectividad del tratamiento en función del ajuste de la relación de pareja

Los resultados de este estudio piloto actual sugieren que la adaptación de la TCC-C (Monson y Fredman, 2012) que hemos aplicado ha demostrado su efectividad para los problemas de relación de pareja que presentan las víctimas de terrorismo y sus parejas. Varias consideraciones justifican lo anterior.

**En primer lugar**, porque las parejas que completaron el tratamiento mostraron un aumento estadísticamente significativo en el ajuste de la relación medido por la EAD, de manera que su puntuación media pasó de situarse por debajo del punto de corte, establecido para las parejas con dificultades en el ajuste en el pretratamiento, a encontrarse por encima de la misma en el postratamiento.

En un análisis por grupos, apreciamos que esa diferencia en las medias fue mayor para el grupo 2 de las parejas de las víctimas de terrorismo, que para las propias víctimas, aunque en ambos grupos las diferencias fueron estadísticamente significativas. En nuestra investigación, los pacientes del grupo 1 de las víctimas partían en el pretratamiento de un mejor ajuste en las relaciones que sus parejas (un 42,9% con puntuaciones iniciales por encima del punto de corte del grupo 1 de las víctimas frente a un 25% de sus parejas en la subescala de Ajuste Total de la EAD). El hecho de que el grupo de las víctimas mostrase niveles iniciales más altos de ajuste puede haber dejado menos espacio para mostrar mejoras sustanciales en el ajuste de la relación. Halford y Bodenmann (2013) sugieren un posible efecto de techo, de tal manera que los altos niveles de satisfacción con la relación de pretratamiento pueden estar limitando la mejora en la relación de pareja a nivel de grupo. Téngase en cuenta que en la literatura de investigación los conceptos como calidad, satisfacción y ajuste se han utilizado a menudo de forma intercambiable para describir la calidad general en una relación íntima (Cuenca, 2013).

**En segundo lugar**, los resultados positivos del tratamiento aplicado no se limitaron solamente a un cambio estadísticamente significativo en el grado de ajuste de las parejas, sino que dicho cambio también parecía ser clínicamente significativo. Para ver la significación clínica del cambio en el ajuste de la relación de pareja según las medidas de la EAD, se tuvieron en cuenta tres índices:

**1.) *El tamaño del efecto***

Los resultados de este estudio demostraron un tamaño de efecto grande pre-post en la EAD en el ajuste de la relación de pareja, en una muestra de parejas en la que en el 100% de las parejas, al menos uno de los dos miembros presentaban problemas en el ajuste, encontrándose sus puntuaciones pretratamiento en la EAD por debajo del punto de corte establecido para las dificultades en el ajuste diádico. Este tamaño del efecto fue comparable al obtenido por otros estudios de eficacia de terapia de pareja. Así, en las revisiones metaanalíticas de la literatura que ya hemos comentado en capítulos anteriores de la presente tesis, Shadish y Baldwin (2003) reportaron una media global de tamaño de efecto de  $d = 0,84$  para la terapia de pareja, y Baucom et al. (2003) informaron de una mejora de  $d = 0,82$  en el ajuste de pareja, lo cual es similar a nuestro tamaño del efecto ( $g = 0,84$ ).

En un análisis más específico por grupos, encontramos que el tamaño de efecto pre-post en la EAD del ajuste de la relación en el grupo de las víctimas de terrorismo fue moderado ( $g = 0,61$ ) y, en cambio, para sus parejas el tamaño de efecto fue grande ( $g = 1,15$ ). Las explicaciones a este hecho pueden deberse a que el grupo de las parejas de las víctimas mostraba niveles iniciales de ajuste más bajos que las propias víctimas y, tal y como se comentaba antes, parece que las personas que inician un tratamiento de pareja con un peor ajuste en la relación muestran significativamente mayores ganancias que las personas que inician un tratamiento con un mejor ajuste (Doss et al., 2012; Shnaider et al., 2015).

Otra explicación posible puede ser el hecho de que se encuentren menos ganancias totales en la terapia para los casos que presentaban niveles más altos de problemas de salud mental, ya

que estos probablemente interferirían con un enfoque en temas de pareja. En este sentido, hay que recordar que el grupo de las víctimas de terrorismo del presente estudio presentaba sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático, depresión y ansiedad frente a los niveles bastante más bajos de este tipo de sintomatología que presentaban sus parejas. Sin embargo, parece que este hecho no está claro en la literatura de investigación. Por ejemplo, en el estudio de Doss et al. (2012) se planteó esta hipótesis y, de hecho, los síntomas psicológicos más graves se asociaron con mayores dificultades en las relaciones de pareja transversalmente al comienzo del tratamiento. Sin embargo, después de controlar la satisfacción inicial, ni los niveles de síntomas psicológicos generales ni los de síntomas específicos de depresión, ansiedad o abuso de sustancias se relacionaron con las ganancias de terapia. Estos resultados están en consonancia con los de otros estudios con parejas que buscan terapia de pareja (p. ej., Atkins et al., 2005 y Taft et al., 2005, citados en Doss et al., 2012). Como resultado, la terapia de pareja parece ser igualmente eficaz independientemente de si los hombres o las mujeres están experimentando dificultades psicológicas (Doss et al., 2012).

Por otro lado, esta discrepancia entre el grupo de víctimas y el grupo de sus parejas en los tamaños del efecto pre-post encontrados para el ajuste en la relación ( $g = 0,61$  para las víctimas de terrorismo y  $g = 1,15$  para sus parejas) también son consistentes con los que se encuentran en otros estudios de la TCC-C centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) en las medidas de ajuste de pareja de la EAD. Por ejemplo, Monson et al. (2011) encontraron un tamaño del efecto pre-post en ajuste de pareja de  $d = 0,71$  para los pacientes con TEPT y de  $d = 1,41$  para sus parejas, mientras que Schumm et al. (2013) encontraron un tamaño del efecto pre-post en ajuste de pareja de  $d = 0,11$  para un grupo de pacientes con TEPT y de  $d = 1,0$  para sus pareja (véase la Figura 13). Sin embargo, Monson et al. (2012) encontraron justo lo contrario: un tamaño del efecto pre-post de  $g = 0,64$  para los pacientes con TEPT y de  $g = 0,15$  para sus parejas (véase la Figura 13).

En todos estos estudios, el grupo de los pacientes con síntomas de TEPT mostraron mejores niveles en el ajuste de pareja pretratamiento que sus parejas. Los bajos resultados del estudio de Schumm et al. (2013) para el grupo de los pacientes traumatizados y de Monson et al. (2012) para sus parejas, se explican en el hecho de los altos niveles iniciales de ajuste de que partieron los veteranos de guerra, en el primer caso, y las parejas de los veteranos, en el segundo caso, altos niveles que parecieron limitar la posibilidad de cambio. En la presente investigación, un 42,9% de los participantes del grupo 1 de víctimas partieron de unos niveles iniciales de ajuste por encima del punto de corte de 100 puntos de la EAD frente a un 25% de sus parejas que presentaban estos niveles, por lo que puede haber habido menos espacio para mostrar las mejoras sustanciales en el ajuste de la relación, según el efecto de techo sugerido por Halford y Bodenmann (2013).

En concordancia con lo anterior, los análisis de las medidas de satisfacción en la relación han demostrado que evaluar la satisfacción es menos fiable en los niveles más altos de satisfacción (Funk y Rogge, 2007); por lo tanto, los cambios en los niveles más altos de satisfacción de la relación son más difíciles de detectar.

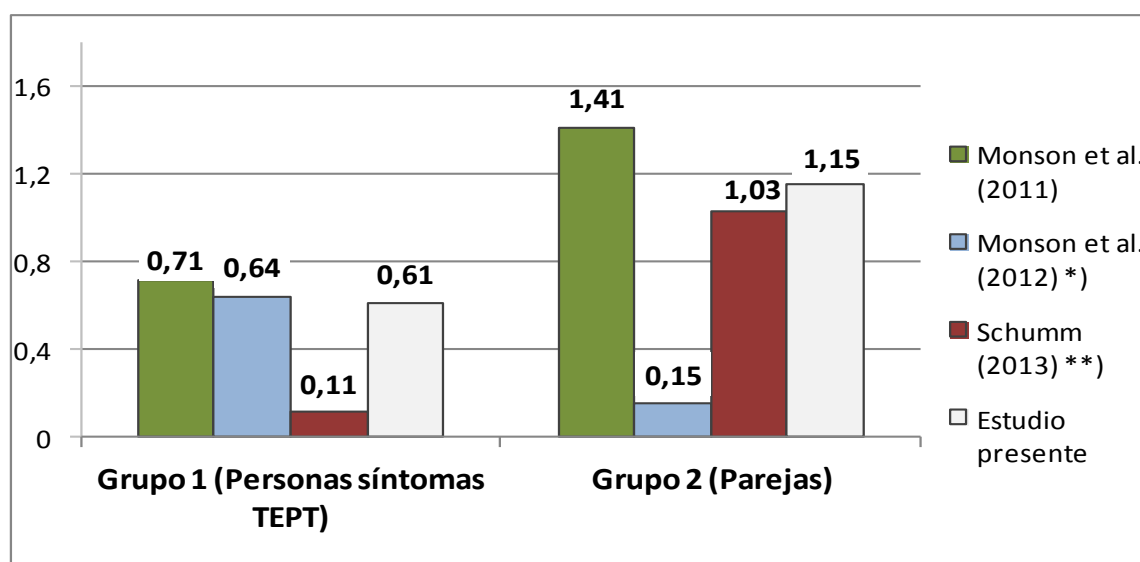


Figura 13. Comparación del tamaño del efecto del cambio pre-postratamiento para el grupo 1 (víctimas) y para el grupo 2 (parejas) en las medidas de ajuste de la EAD con pacientes traumatizados de otros estudios de la TCC-C para el TEPT.

En cualquier caso, nuestros resultados son mejores que los cuatro ensayos de efectividad de la terapia de pareja que han evaluado el cambio en el ajuste de la relación de pareja (Doss et al., 2012:  $d = 0,45$ ; Hahlweg y Klann, 1997:  $d = 0,37$ ; Klann et al., 2011:  $d = 0,52$ ; Lundblad y Hansson, 2006:  $d = 0,75$  para los hombres y  $d = 0,69$  para las mujeres (véase la Figura 14).

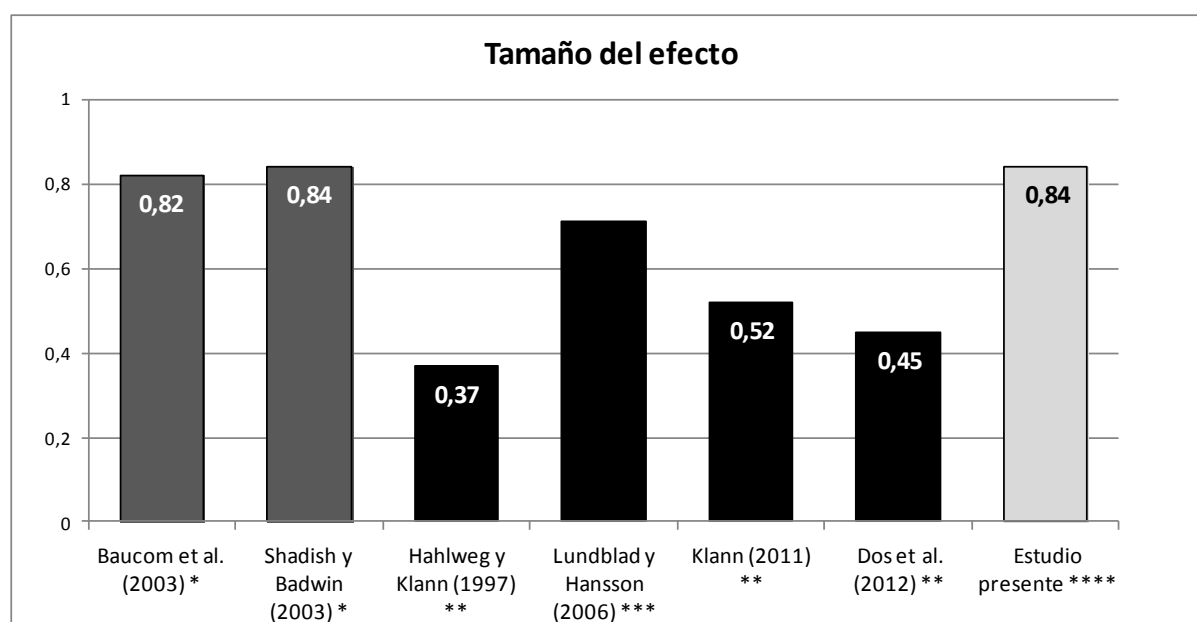


Figura 14. Comparación del tamaño del efecto del cambio pre-postratamiento entre los ensayos de eficacia y efectividad de la terapia de pareja y el estudio presente. \* Metaanálisis de ensayos de eficacia; \*\* Ensayos de efectividad; \*\*\* Ensayo de efectividad con tamaños del efecto hombre/mujer  $d = 0,75$  y  $d = 0,69$  respectivamente \*\*\*\* En el estudio presente el estadístico del tamaño del efecto fue la  $g$  de Hedges. Figura adaptada de Halford et al. (2015, p. 3).

En los ensayos de efectividad mencionados anteriormente y que se recogen en la Figura 14, los tamaños de efecto variaron de pequeño a moderado y en general fueron notablemente menores que el tamaño del efecto que se suele obtener en los ensayos sobre la eficacia de la terapia de pareja, el cual se puede estimar, siguiendo los metaanálisis de Baucom et al. (2003) o de Shadish y Badwin (2003), en un tamaño del efecto grande ( $d = 0,82-0,84$ ). Es importante notar que si en la investigación de Doss et al. (2012) excluimos las parejas que no presentaban problemas en el ajuste, el tamaño del efecto fue  $d = 0,60$  para las parejas en dificultades, mayor que  $d = 0,45$  para todas las parejas, pero aún menor de lo que normalmente se informa en los



estudios de eficacia. Además, otro elemento que no puede olvidarse es que en estos ensayos de efectividad previos, la asistencia al tratamiento tiene un desgaste sustancial, ya que más del 50% de las parejas abandonaron el tratamiento. En nuestro estudio solo un 23,5% de los participantes abandonaron el tratamiento. Por otro lado, las parejas que asisten a más sesiones en los ensayos de efectividad no muestran mayores logros de la terapia que aquellos que asisten a un menor número de sesiones (Klann et al., 2011), por lo que parece poco probable que, simplemente, proporcionando más sesiones de terapia, mejoraría la efectividad.

### **2.) *El porcentaje de pacientes que rebasaron el punto de corte o puntuación C***

En el presente estudio, la significación clínica del cambio para la mejora en el ajuste de pareja también se evaluó en función del porcentaje de pacientes que rebasaron el punto de corte o puntuación C para la EAD. En nuestra investigación el 65,4% de los pacientes de la muestra total que concluyeron el tratamiento, el 57,1% de los pacientes del grupo 1 (las víctimas de terrorismo) y el 75,0% de los pacientes del grupo 2 (sus parejas), fueron clasificados en el postratamiento como que consiguieron un buen nivel de ajuste en su relación, con una puntuación total en la EAD de 100 o más al final del tratamiento. Es más, las diferencias entre los porcentajes iniciales y finales de pacientes que mostraban un buen nivel de ajuste en su relación resultaron ser estadísticamente significativas para el grupo total y para el grupo 2 de las parejas de las víctimas, aunque no para el grupo 1 (las víctimas de terrorismo). Como ya se ha dicho, es posible que los altos niveles de ajuste pretratamiento de las víctimas haya dificultado evaluar las mejoras, por el llamado efecto techo.

### **3.) *El índice de cambio fiable (RCI)***

Por último, teniendo en cuenta el RCI de Jacobson y Truax (1991) en combinación con la puntuación C, en el presente estudio, tras el tratamiento de pareja el 30,8% de los participantes

del grupo total *mejoraron* en sus problemas de ajuste de pareja, el 15,4% podría considerarse *recuperados*, el 53,8% podría considerarse *sin cambios* y ningún paciente pareció empeorar.

Estos resultados son peores que los que se han encontrado en los estudios de eficacia de la terapia de pareja de comportamiento (BCT) donde los índices de parejas *recuperadas* son mayores que en nuestra investigación. Por ejemplo, se ha informado de que entre el 41% y el 54% de las parejas se *recuperan* como resultado de la terapia (Hahlweg y Markman, 1988; Shadish y Baldwin, 2003; Shadish et al., 1993). En esta línea, un ensayo de eficacia riguroso de dos tipos de terapia de pareja se tradujo en aumentos estadísticamente fiables en 65% de las parejas (17% mejoró, el 48% se recuperó; Christensen et al., 2004). En cualquier caso, en nuestra investigación habría que considerar que un 34,6% de los pacientes (grupo de los completos) comenzaron el tratamiento con un nivel alto de ajuste en su relación, por encima del punto de corte, lo que es posible que haya creado un efecto de techo en las puntuaciones grupales y que impida su inclusión en la categoría de *recuperados*. Otra explicación posible que ofrecen algunos autores tiene que ver con que los puntos de corte en problemas de ajuste para las parejas en la que alguno de sus miembros presenta síntomas de trauma pueden ser más bajos que los de las parejas no traumatizadas a la hora de evaluar los cambios en el ajuste (Walker, Manion, Cloutier y Johnson, 1992; Macintosh y Johnson, 2008).

En esta línea, y en comparación con los resultados obtenidos en estudios previos de la TCC-C para el TEPT (Monson y Fredman, 2012) que han utilizado el RCI como criterio para evaluar la significación clínica del cambio en la medida de ajuste total de la EAD en las parejas de pacientes traumatizados, nuestros resultados (30,8% de personas *mejoradas*, 15,4% *recuperadas*, 53,8% *sin cambios* y ninguna *empeorada*), son similares a los obtenidos en el ensayo clínico no controlado de Monson et al. (2004) con veteranos de guerra, con un 21,4% de personas *mejoradas* y un 14,3% de personas *deterioradas*, o a los obtenidos en el ensayo clínico no controlado de Monson et al. (2011) con una muestra de la comunidad, donde hubo un 33,3% de personas *mejoradas* y un 8,3% de personas *deterioradas*. Hay que tener en cuenta,

no obstante, el hecho de que, en ambos estudios, partieron de niveles altos de ajuste en la relación, más altos que los nuestros, por lo que tuvieron menos posibilidad de tener mejores cambios conforme al efecto de techo del que hemos hablado. Además, en el estudio de Schumm et al. (2013), que partió de niveles muy altos de ajuste en el grupo de los pacientes traumatizados, hubo un 33,3% de personas *recuperadas* (frente a nuestro 15,4% de pacientes *recuperados*) y un 8,3% de personas *deterioradas* frente a ningún deterioro en nuestro caso y a nuestro 30,8% de *mejorados* (véase la Figura 15). En resumen, y tal y como muestra la Figura 15, en el presente estudio se obtuvieron resultados terapéuticos clínicamente significativos para el ajuste de pareja que son, en general, comparables a los obtenidos en estudios previos con la TCC-C para el TEPT.

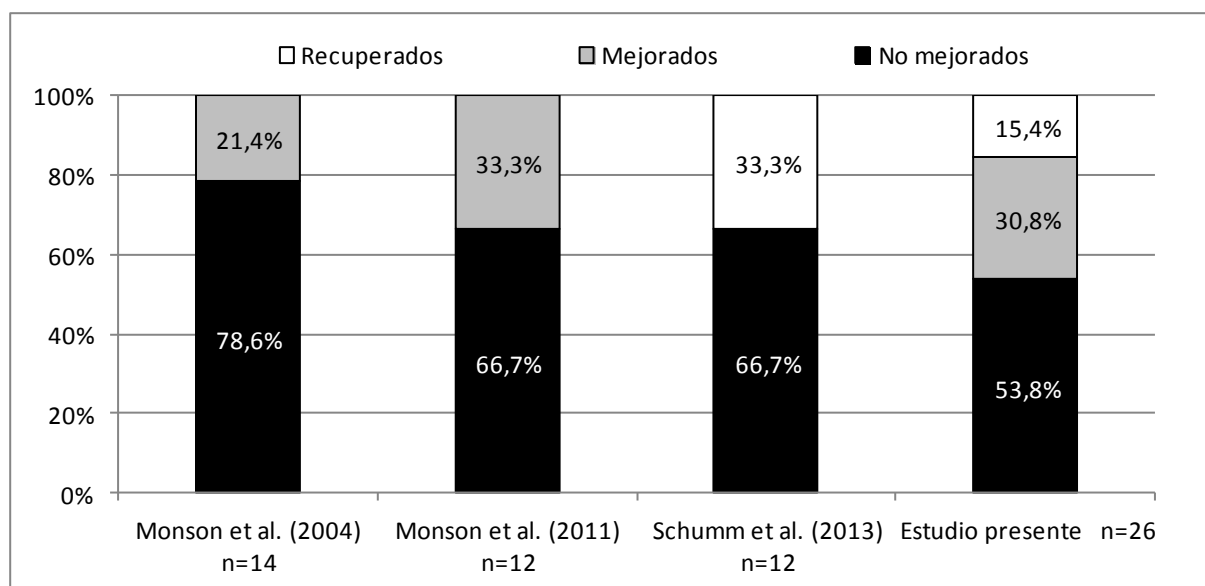


Figura 15. Comparación de la significación clínica del cambio (RCI) en las medidas de ajuste de la EAD con pacientes traumatizados y sus parejas entre otros estudios de la TCC-C para el TEPT y el estudio presente.

Por último, comparando nuestros resultados con los cuatro ensayos de efectividad sobre la terapia de pareja que han evaluado el cambio en el ajuste de la relación de pareja (Doss et al., 2012; Hahlweg y Klann, 1997; Klann et al., 2011; Lundblad y Hansson, 2006), se aprecia una ligera ventaja de nuestros resultados frente a estos estudios. En concreto, alrededor del 60% de

las parejas no muestran beneficios fiables de la terapia de pareja en los estudios de efectividad (Haldford et al., 2015), frente a nuestro 53,8% de participantes que no mostraron cambios. De cualquier manera, como bien declaran Haldford et al. (2015), con solo cuatro ensayos de efectividad publicados sobre la terapia de pareja cualquier conclusión extraída ha de ser cautelosa y, por tanto, se necesita investigación adicional de la efectividad de la terapia de pareja. En cualquier caso, hay una clara evidencia de la brecha existente entre los resultados de los estudios de eficacia y efectividad de la terapia de pareja.

## **9.2 Efectividad del tratamiento en función de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja**

El presente estudio contribuyó a valorar si algunas variables individuales o de interacción a nivel de la pareja y que están relacionadas con el ajuste o funcionamiento de la pareja, cambiaban en nuestro tratamiento. Consideramos que la evaluación de estas variables podía ofrecernos información relevante la hora de evaluar el proceso de cambio terapéutico y, en este sentido, poder intervenir con una mayor efectividad en las dinámicas que se establecen en las parejas en las que uno o ambos miembros habían sufrido atentados terroristas que presentaban problemas de relación de pareja. El análisis de las variables individuales y de interacción que podrían estar implicadas en la calidad y el ajuste diádico se ha convertido en un creciente foco de interés para los investigadores que exploran determinados patrones diádicos de interacción en las relaciones de pareja (APIM: *actor-partner interdependence model*; Kenny y Ledermann, 2012).

A continuación se discuten los resultados obtenidos en el presente estudio sobre si el tratamiento de pareja aplicado consiguió cambios efectivos (tanto estadísticos como clínicamente significativos) en cada una de los factores psicológicos relacionados con el ajuste diádico que fueron analizados:

- 1.) Con relación a los resultados en las medidas de *clima social en la familia (FES)* se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las tres subescalas analizadas (Cohesión, Expresividad y Conflicto), con tamaños del efecto de moderados a grande. En la subescala Cohesión (grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí) se apreció una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de pacientes que incrementaron sus puntuaciones, logrando superar el punto de corte. Al parecer, el tratamiento contribuyó también a aumentar los niveles de expresividad tal cual lo define la subescala Expresividad (grado en que se permiten y se animan a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente su sentimientos), aunque en el porcentaje de pacientes que incrementaron sus puntuaciones logrando superar el punto de corte no resultó estadísticamente significativo. Por último, con respecto al nivel de conflictividad de las parejas, definido por la subescala Conflicto (grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia), se produjo una reducción estadísticamente significativa al concluir el tratamiento del porcentaje de los pacientes que disminuyeron sus puntuaciones. Estos resultados son importantes porque el apoyo diádico parece ser un mediador entre los síntomas de TEPT y la satisfacción en la relación para las parejas de los pacientes traumatizados; cuando existe apoyo de los pacientes traumatizados a sus esposas, el estrés es menos pronunciado o más manejable y menos impactante en la calidad marital (Lambert et al, 2015; Gerlock et al., 2014). Por otra parte, la expresividad emocional se ha asociado a la calidad marital y a la estabilidad de la relación (Bradbury, Fincham y Beach, 2000; Gottman, 1994). Por último, los niveles de conflicto elevado han sido asociados a una activación psicofisiológica elevada entre los miembros de la pareja (Gotman, 2011). Los problemas de relación de pareja pueden conducir a un aumento de las respuestas al estrés fisiológico que pueden afectar el funcionamiento del sistema inmune y otros procesos biológicos (Gouin et al., 2009;

Groth, Fehm-Wolfsdorf y Hahlweg, 2000; citados en Foran et al., 2015). De ahí que estos resultados sean importantes no solo en la mejora de la calidad de la relación, si no en calidad de vida de estos pacientes.

- 2.) Con relación a los resultados en las medidas de *solución de problemas o conflictos (SPSI-R)* se observó, analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento, que existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Orientación negativa al problema, Estilo impulsivo o descuidado y Estilo evitativo y un tamaño del efecto moderado en las subescalas anteriormente nombradas. En lo que se refiere al criterio de la significación clínica del porcentaje de pacientes que lograron superar o disminuir sus puntuaciones, las diferencias de porcentaje en la comparación pre-postratamiento resultaron estadísticamente significativas solo para la subescala Orientación negativa al problema (NPO). Por lo tanto, parece ser que el tratamiento fue efectivo en la reducción de la orientación negativa al problema y de los estilos inadecuados de resolver problemas o conflictos (impulsivo o evitativo), aunque para estas dos últimas subescalas no se cumpliese el segundo criterio de la significación clínica del cambio y sí el criterio del tamaño del efecto.

Sin embargo, con relación a las subescalas Orientación positiva al problema y Solución racional del problema no se apreciaron cambios, ni estadísticos ni clínicamente significativos, por lo que parece que el tratamiento no puede considerarse efectivo a la hora de implementar los pasos de la solución de problemas de modo racional. Seguramente, se necesite un mayor número de sesiones para trabajar esta área de intervención relevante (nosotros dedicamos una sola sesión a la técnica de solución de problemas). Si bien es cierto, también, que el SPSI-R como instrumento presenta algunos problemas: sus ítems evalúan percepciones o valoraciones generales sin hacer referencia a problemas específicos de pareja y evalúan percepciones subjetivas y no habilidades reales de resolución de problemas (Bados y García, 2014). Estos

autores plantean que, en este sentido, es posible que haya personas que sobrestimen o infraestimen sus capacidades de resolución de problemas en general y otros que pueden juzgar acertadamente estas capacidades generales, pero que presenten dificultades respecto a problemas específicos, de ahí que los resultados obtenidos deban mirarse con cierta cautela.

Por último, aunque las estrategias de resolución de conflictos representan uno de los factores más importantes relacionados con el ajuste marital, Bradbury et al. (2000), en su revisión de los factores determinantes que estaban asociadas a la satisfacción marital, planteó la existencia de cierta ambigüedad en la asociación entre el comportamiento de resolución de problemas y la satisfacción marital, que se podía ver moderada por las expresiones de afecto de los esposos (Huston y Chorost, 1994), la frecuencia real del conflicto manifiesto (McGonagle, Kessler, y Schilling, 1992) y los procesos de apoyo mutuo (Pasch y Bradbury, 1998; Carels y Baucom, 1999; Saitzyk, Floyd y Kroll, 1997). En una publicación posterior, Bradbury y Karney (2004) mostraron los resultados de un estudio que arrojó que no hubo diferencias entre las parejas que presentaron buenas y malas estrategias en la resolución de conflictos y su satisfacción en los primeros cuatro años de matrimonio, si las parejas expresaban emociones positivas como, por ejemplo, afecto, sentido del humor, interés y curiosidad por su pareja. Tomando en cuenta estas investigaciones, este puede haber sido el caso de nuestro estudio donde hubo un incremento en los niveles de expresividad de emociones, de apoyo mutuo, de la afectividad y una disminución del conflicto (según las medidas de la EAD y la FES que se han explicado anteriormente).

- 3.) Con relación a la efectividad en función del cambio en las medidas de *tácticas de conflicto (CTS-2)*, analizando la perpetuación, que hace referencia a lo que el paciente percibe que hace a sus parejas, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Negociación emocional, Negociación cognitiva, Agresión psicológica menor y Agresión psicológica grave. Sin embargo, atendiendo al criterio de

la significación clínica los tamaños del efecto fueron moderados solo en las subescalas Negociación cognitiva y Agresión psicológica menor, mientras que para el resto de las escalas, aunque el cambio fue estadísticamente significativo, los tamaños del efecto fueron pequeños. Analizando la victimización, es decir lo que los pacientes refieren que sus parejas les han hecho, existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Negociación emocional, Negociación cognitiva y Agresión psicológica menor y tamaños del efecto moderados en las escalas Negociación cognitiva, Agresión psicológica menor y Agresión psicológica grave. No fue posible utilizar otros criterios de significación clínica para las medidas obtenidas según la CTS-2 de Straus, debido a la inexistencia de estudios acerca de su sensibilidad a la hora de ser utilizada como medida de cambio terapéutico, estableciendo puntos de corte de forma empírica (Loinaz et al., 2012). Sobre la base de los resultados anteriores, parece que el tratamiento fue efectivo, produciendo cambios estadística y clínicamente significativos en la mejora de las estrategias de negociación cognitiva (en su doble vertiente de perpetuación y victimización), y en la reducción de los niveles de agresión psicológica menor (tanto en perpetuación y victimización). Con relación a la reducción de los niveles de Agresión psicológica grave, se aprecian una reducción estadísticamente significativa tanto en la perpetuación como en la victimización, pero el cambio solo pudo considerarse clínicamente significativo para la victimización. Hay que tener en cuenta que las puntuaciones medias iniciales en la agresión psicológica mayor (perpetuación) eran bajas, por lo que pudo haberse producido un efecto suelo que dificultase el apreciar mejoras con el tratamiento. Estos cambios en los niveles de agresión son importantes porque el vínculo entre el ajuste diádico y la agresión psicológica ha sido establecido de forma adecuada en la literatura científica mediante el modelo de interdependencia actor-pareja (APIM; Kenny y Ledermann, 2012). La agresión psicológica está inversamente



relacionada con la satisfacción en la relación (Panuzio y DiLillo, 2010; Schumacher y Leonard 2005; Testa y Leonard, 2001, citados en Cuenca, 2013).

- 4.) Con relación a los resultados en las medidas de *pensamientos relacionados con la ira–hostilidad (IPRI)* se observaron cambios estadísticamente significativos en la subescalas Pensamientos Hostiles (*PH*), Pensamientos Físicamente Agresivos (*PFA*), Pensamientos Verbalmente Agresivos (*PVA*) y Pensamientos Hostiles y Agresivos en la Ira-Hostilidad (*PHAI*). Los tamaños del efecto fueron pequeños para las tres primeras escalas. Con relación a la subescala *PHAI* (pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad) del *IPRI*, que es una medida global de las tres subescalas anteriores, la disminución de las puntuaciones medias supuso una diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto moderado. Analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento en función del sexo de los participantes, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los pensamientos negativos de Ira-hostilidad únicamente en mujeres, manteniéndose dentro del rango medio, según el punto de corte del *IPRI* para mujeres en la subescala *PHAI*. El tamaño del efecto para estos cambios en mujeres fue moderado. En cambio, para los varones, las diferencias no fueron estadísticamente significativas y el tamaño del efecto fue pequeño, si bien es cierto que las puntuaciones iniciales y finales se encontraban dentro del rango medio para este inventario. Para el grupo total, atendiendo a otro de los criterios de la significación clínica, hubo una disminución estadísticamente significativa de los pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad en el porcentaje de pacientes que se encontraba por encima del rango medio. También hubo un incremento del porcentaje de pacientes que quedaron dentro de este rango medio al final del tratamiento, pero no resultó estadísticamente significativa. Si bien es cierto que el *IPRI* inventario evalúa pensamientos relacionados con la ira–hostilidad en general, sin

hacer referencia pensamientos de este tipo específicamente dirigidos hacia la pareja, por lo que sus resultados deben de interpretarse con cautela.

- 5.) Con relación a los resultados en las medidas de *creencias y actitudes relacionados con la ira-hostilidad (IACRI)* y analizando las puntuaciones medias pre y postratamiento, observamos diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Necesidad de expresar la ira (NEI), Resistencia a delegar tareas o trabajos por desconfianza (R) y en la escala IACRI Total. Atendiendo al criterio de la significación clínica obtuvimos tamaños del efecto pequeños en las tres escalas. En la subescala IACRI total, se observaron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones medias en la comparación pre-postratamiento lo que suponía no solo una reducción estadísticamente significativa, si no que dichas puntuaciones disminuyeron hasta quedarse por debajo del punto de corte. Atendiendo al criterio de la significación clínica el tamaño del efecto fue pequeño para la subescala IACRI total. En lo que respecta a la comparación del porcentaje de pacientes cuya puntuación en el pretratamiento y en el postratamiento estaba por encima de la puntuación de corte, no hubo una reducción estadísticamente significativa de estas puntuaciones. Por lo tanto, parece que no hubo un cambio significativo desde el punto de vista clínico en el nivel de creencias y actitudes total relacionadas con la ira hostilidad, tal cual lo define el IACRI ni para el grupo total ni para ninguno de los dos subgrupos, (grupo 1 de las víctimas y grupo 2 de sus parejas), si bien es cierto que el grupo de las víctimas partía de una puntuación media inicial bastante más alta por encima del punto de corte y que sus resultados quedaron muy ligeramente por encima del punto de corte. En esta línea, parece que se necesita una mayor incidencia del tratamiento en las actitudes y creencias que mantienen la ira-hostilidad, fundamentalmente en las víctimas del terrorismo. Aunque estos resultados deberían interpretarse con cautela, pues este

inventario evalúa actitudes y creencias en general, sin hacer referencia a actitudes y creencias específicas dirigidas hacia la pareja.

Un problema con el que nos hemos encontrado a la hora de comparar estos resultados con los de la literatura científica de terapia de parejas y, en especial, con los tratamientos de pareja para las víctimas de sucesos traumáticos, es la escasez de estudios donde se hayan utilizado estos instrumentos, por lo que no podemos hacer comparaciones directas de nuestros resultados para la mayoría de ellos. Por ejemplo, que nosotros sepamos, no existen estudios de terapia de pareja publicados donde se haya utilizado el IACRI y el IPRI, que son instrumentos recientes creados en España, ya que la mayoría de las investigaciones publicadas en nuestra área se han realizado en EE. UU. y en otros países desarrollados de habla inglesa. Con relación a la utilización del SPSI-R en la terapia de pareja, ninguno de los estudios de eficacia y efectividad analizados en el presente trabajo han publicado resultados sobre este instrumento, aunque haya podido ser utilizado como parte de la técnica de solución de problemas.

En lo que se refiere a la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS-2) aunque ha sido utilizada en muchos estudios de terapia de pareja y en la TCC-C para el TEPT (Monson y Fredman, 2012), el propósito de su uso en este último enfoque ha sido para la exclusión de parejas para participar en el estudio (siendo excluidas del mismo aquellas con niveles graves de agresividad física, coerción sexual grave y daño físico grave tal cual lo define esta escala), pero no se han publicado sus resultados como medida del cambio terapéutico. Según, Loinaz et al. (2012), no existen estudios acerca de la sensibilidad de esta escala a la hora de ser utilizada como medida de cambio terapéutico y no se han establecido, en consecuencia, puntos de corte de forma empírica.

Por último, la Escala de Clima Social en la Familia (FES) ha sido utilizada más bien como medida del clima social en las familias y no solo en las parejas, y no ha sido utilizada en los estudios de la TCC-C centrada en el trauma, por lo que no hemos podido comparar los resultados con estas investigaciones.

Sobre la base de lo anterior, estos instrumentos que hemos utilizado no nos permiten poder comparar los resultados con otros estudios de la TCC-C centrada en el trauma ni con los estudios de eficacia y efectividad de la terapia de pareja que hemos analizado, lo cual forma parte de las limitaciones de este trabajo que se detallan más adelante, y que tiene que ver con la escasez de instrumentos específicos para el área de las parejas que estén validados en población española y que se utilicen a nivel internacional en los estudios de eficacia y efectividad de la terapia de pareja.

### **9.3 Efectividad del tratamiento en función de la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad**

Con relación a nuestra hipótesis sobre si el tratamiento de pareja utilizado resultaba efectivo en la reducción de la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad, tanto desde el punto de vista de su significación estadística como clínica, estas hipótesis fueron corroboradas para el grupo 1 de víctimas del terrorismo, pero no para el grupo 2 de sus parejas.

En lo que se refiere al grupo de víctimas del terrorismo, las personas que completaron el tratamiento mostraron un descenso significativo de la sintomatología postraumática medida por la PCL-S. Sin embargo, ese descenso no fue suficiente para situar a la puntuación media postratamiento en la PCL-S por debajo del punto de corte establecido para una sintomatología clínicamente significativa. Atendiendo al criterio del tamaño del efecto para comprobar la significación clínica de las reducciones en sintomatología de estrés postraumático, el tamaño de dicha reducción pre-post en la PCL-S para las personas que completaron el tratamiento fue moderado ( $g = 0,72$ ).

En los análisis a nivel grupal, en el grupo de víctimas de terrorismo, la gravedad de los síntomas del TEPT decreció con tasas de mejora fiables similares a aquellas encontradas en la versión de la TCC-C para el TEPT centrada en el presente ( $g = 0,78$ ; Pukay-Martin et al., 2015). Sin embargo, el tamaño de efecto de nuestro tratamiento para los síntomas de TEPT ( $g =$

0,72) es más bajo que los resultados encontrados en la TCC-C para el TEPT (Monson et al., 2012). Se ha comprobado que la TCC-C para el TEPT es eficaz a la hora de disminuir los síntomas del TEPT y de sus comorbilidades psicopatológicas habituales en dos ensayos no controlados realizadas con veteranos y sus parejas (Monson et al., 2004; Schumm et al., 2013), y en otro estudio con miembros de la comunidad y sus parejas (Monson et al., 2011). Los resultados de estos estudios indican mejoras estadísticamente significativas y clínicamente significativas en los síntomas de TEPT cuyas magnitudes oscilan entre  $d = 1,51$  y  $d = 1,60$ . Igualmente, en el ensayo controlado de Monson et al. (2012) el tamaño del efecto para los síntomas de TEPT fue grande ( $g = 1,13$ ).

Atendiendo a otro de los criterios de la significación clínica del cambio, al finalizar el tratamiento la comparación de las diferencias de porcentajes pre-postratamiento con relación a una disminución de las puntuaciones en las medidas de estrés postraumático por debajo del punto de corte no resultó estadísticamente significativa. Por último, según el índice de cambio fiable (RCI), se consiguió que el 44,4% de pacientes *mejoraran*, que un 11,1% de pacientes se recuperaran y no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento.

Con relación a la sintomatología depresiva medida por el BDI-II en el grupo de víctimas de terrorismo que completaron el tratamiento, esta mostró un descenso significativo de manera que su puntuación media pasó de situarse por encima del punto de corte establecido para una sintomatología clínicamente significativa o puntuación C en el pretratamiento a encontrarse por debajo de la misma en el postratamiento, lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa, quedando las puntuaciones por debajo del punto de corte. También, desde el punto de vista de su significación clínica, el tratamiento resultó efectivo en este grupo. En este sentido, según los estándares de Hedges, el tamaño del efecto pre-post en el BDI para las personas que completaron el tratamiento fue grande ( $g = 1$ ). Estos resultados son similares para estudios previos de TCC-C en las medidas del BDI-II (p. ej., Monson et al., 2012:  $g = 0,83$ ) y

mejores que otros estudios de este enfoque (p. ej., Schumm et al., 2013:  $d = 0,70$ ; Monson et al., 2011:  $d = 0,55$ ).

Atendiendo a otro de los criterios de la significación clínica del cambio, al finalizar el tratamiento la comparación de los porcentajes pre-postratamiento de las personas que disminuyeron sus puntuaciones, hasta quedarse por debajo del punto de corte en las medidas del BDI-II, no resultó estadísticamente significativa. Por último, al evaluar la significación clínica de las reducciones en sintomatología depresiva según el índice de cambio fiable (RCI), se encontró que el 33,3% de los pacientes *mejoraron*, un 11,1% *se recuperaron* y no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento.

Con relación a la sintomatología ansiosa medida a través del BAI, la disminución entre el pre y el postratamiento resultó estadísticamente significativa para el BAI. Además, al igual que en el BDI, en el postratamiento la puntuación media se encontraba por debajo de la puntuación C. Los resultados en sintomatología ansiosa alcanzaron un tamaño del efecto pre/post moderado y la comparación de la diferencia de porcentajes pre-postratamiento de personas que redujeron sus puntuaciones por debajo del punto de corte resultó estadísticamente significativa.

Por último, al evaluar la variabilidad y la significación clínica de cambio en las medidas de ansiedad, según el índice de cambio fiable (RCI), se halló que el 11,1% de los pacientes *mejoraron*, un 33,3% *se recuperaron* y no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento.

Sin embargo, a la hora de comparar estos resultados con la literatura anterior no fue posible, pues aunque el BAI es una medida realmente popular y con amplia reputación (Sanz, 2014), no fue utilizada en los ensayos de terapia de pareja de la TCC-C para el TEPT (Monson y Fredman, 2012) referidos con anterioridad y, por lo tanto, no se puedan establecer comparaciones directas al respecto. Tampoco ha sido posible comparar estos resultados con los de los estudios más generales de eficacia de la terapia de pareja cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad (Byrne et al., 2004; Renshaw et al., 2005; Abramowitz et al., 2013) en

pacientes no necesariamente víctimas de atentados ni víctimas de otros acontecimientos traumáticos, pues no se utilizó este instrumento.

Con relación al grupo 2 de las parejas de las víctimas, no apreciamos cambios en las puntuaciones medias ni clínicos ni estadísticamente significativos en la sintomatología depresiva medida por el BDI-II, ni en la sintomatología ansiosa medida a través del BAI.

La explicación de la ausencia de cambios estadísticos y clínicamente significativos, en el grupo de las parejas, en la sintomatología de depresión y de ansiedad puede atribuirse a que la media del grupo no presentaban sintomatología clínicamente significativa de este tipo al inicio del tratamiento, quedando sus puntuaciones pretratamiento por debajo de la puntuación C (para el BDI-II y el BAI), por lo que pudo haber ocurrido un efecto suelo. Con relación a las medidas de depresión, el tamaño del efecto fue pequeño. Atendiendo a otro de los criterios de la significación clínica del cambio, al finalizar el tratamiento la comparación de las diferencias de porcentajes pre-postratamiento con relación a una disminución por debajo del punto de corte no resultó estadísticamente significativa. Según el índice de cambio fiable (RCI), solo un 8,3% *mejoraron* y un 8,3% *se recuperaron*; la mayoría de los pacientes del grupo, un 83,3% podían considerarse *sin cambios* y no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento.

A la hora de comparar el tamaño del efecto ( $g = 0,48$ ) obtenido en nuestro estudio en las medidas del BDI-II con estudios previos de TCC-C para el grupo 2 (las parejas de las víctimas), cabe destacar que solo en algunos de esos estudios previos esta medida fue utilizada. Por ejemplo, Monson et al. (2011,  $d = -0,54$ ) no detectaron mejoras asociadas con respecto a depresión, pues las parejas no presentaban sintomatología clínicamente significativa de este tipo en las medidas pretratamiento. Por su parte, Shnaider et al. (2014), que utilizaron los datos del ensayo controlado de Monson et al. (2012) con el objetivo de determinar si involucrar al otro miembro de la pareja en el tratamiento del TEPT conducía a mejoras en el funcionamiento psicológico y asegurar así que la pareja no evidenciase un empeoramiento como consecuencia de la participación en estos tratamientos, concluyeron que el tratamiento no era perjudicial para

el funcionamiento psicológico del otro miembro de la pareja, ya que no suponía un incremento de sintomatología en el caso de que existiese.

Con relación a las medidas de ansiedad, evaluadas a través del BAI, el tamaño del efecto fue pequeño para el grupo 2 de las parejas y la comparación de las diferencias de porcentajes pre-postratamiento con relación a una disminución de las puntuaciones por debajo del punto de corte no resultó estadísticamente significativa. Según el índice de cambio fiable (RCI), la mayoría de los pacientes de este grupo, un 83,3% podía considerarse *sin cambios* y no hubo pacientes empeorados tras el tratamiento. Solo un 16,7% *mejoraron*.

Sin embargo, como hemos referido para el grupo de las víctimas, no fue posible comparar estos resultados del grupo 2 de las parejas con la literatura anterior. Aunque el BAI es una medida realmente popular y con amplia reputación (Sanz, 2014), no fue utilizada en los ensayos de terapia de pareja de la TCC-C para el TEPT referidos con anterioridad ni en los estudios de eficacia de la terapia de pareja cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad (Byrne et al., 2004; Renshaw et al., 2005; Abramowitz et al., 2013) y, por lo tanto, no se puedan establecer comparaciones directas al respecto.

En resumen, aunque el tratamiento ha sido efectivo en la reducción de los síntomas de TEPT en el grupo 1 de las víctimas, parece que para conseguir mejores resultados, tanto desde el punto de vista de su significación clínica como estadística, se requiere un enfoque de terapia de pareja centrado en el trauma, tal cual diseñaron Monson y Fredman (2012), específicamente orientado a la intervención sobre las creencias distorsionadas en las áreas de seguridad, confianza, control, intimidad y la culpa que presentan las personas con síntomas de TEPT que contribuyen a la aparición y mantenimiento del trastorno (Foa et al., 1999; Ehlers y Clark, 2000, citado en Macdonald et al., 2016) y que se comprobó en el estudio de Macdonald et al. (2016) que mejoraron significativamente en TCC-C para el TEPT (utilizando los datos del ensayo clínico controlado de Monson et al. 2012) en relación con el grupo de control en lista de espera.



Con relación a los resultados obtenidos en la reducción de la sintomatología de depresión y ansiedad en el grupo 1 de las víctimas de terrorismo, parece que el tratamiento de pareja aplicado ha demostrado ser estadística y clínicamente efectivo. Los resultados en la reducción de la sintomatología depresiva son iguales o mejores que en estudios previos de la TCC-C para el TEPT (Monson et al., 2012; Schumm et al., 2013; Monson et al., 2011) y en la sintomatología ansiosa no se han podido realizar comparaciones directas por no emplearse la misma medida.

Por último, el tratamiento no ha sido efectivo en la reducción estadística y clínicamente significativa de la sintomatología depresiva y ansiosa en el grupo 2 de sus parejas. La explicación de la ausencia de cambios puede atribuirse a que la media del grupo no presentaba sintomatología clínicamente significativa de este tipo al inicio del tratamiento, quedando sus puntuaciones pretratamiento por debajo de la puntuación C (para el BDI-II y el BAI), por lo que pudo haberse producido un efecto suelo.

Aunque la mayoría de pacientes del grupo permanecieron sin cambios estadísticamente fiables, ninguna persona empeoró con el tratamiento, por lo que se puede decir que el tratamiento no es perjudicial para el funcionamiento psicológico del otro miembro de la pareja, ya que no ha supuesto un incremento de sintomatología en aquellos casos que presentaban algún tipo de síntomas de ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con los de Shnaider et al. (2014) que utilizaron los datos del ensayo controlado de Monson et al. (2012) con el objetivo de determinar si involucrar al otro miembro de la pareja en el tratamiento de TEPT conducía a mejoras en el funcionamiento psicológico de ese otro miembro de la pareja, asegurando que no evidenciase un empeoramiento como consecuencia de la participación en estos tratamientos.

#### **9.4 Efectividad del tratamiento en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente terapia individual cognitivo-conductual centrada en el trauma o farmacoterapia**

En nuestro estudio un porcentaje relevante de la muestra total de los participantes que completaron el tratamiento de pareja estaba recibiendo simultáneamente TCC-CT individual y/o estaba tomando psicofármacos, por lo que, de manera exploratoria, se comparó la efectividad de la terapia de pareja en solitario frente a su combinación con TCC-CT individual o frente a su combinación con psicofármacos para explorar posibles efectos sinérgicos de la combinación de tratamientos.

Teniendo en cuenta las limitaciones que impone los tamaños muestrales tan pequeños de los grupos de participantes que recibieron las diferentes alternativas terapéuticas, los resultados de los ANCOVA del presente estudio sugieren de forma general que, frente a la terapia de pareja en solitario, tanto su combinación con TCC-CT como su combinación con psicofármacos, no parece que mejoren de forma estadísticamente significativa la efectividad de la terapia de pareja en solitario sobre distintas medidas de ajuste de la pareja ni sobre distintas medidas de ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja (habilidades de solución de problemas sociales, tácticas de conflicto, pensamientos negativos relacionados con la ira-hostilidad, actitudes o creencias relacionadas con la ira-hostilidad), salvo por dos excepciones.

Tanto para la combinación de la terapia de pareja con TCC-TC individual como para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos, los pacientes que recibieron terapia de pareja combinada redujeron significativamente más sus pensamientos negativos asociados a la ira y la hostilidad tras el tratamiento que los pacientes que solo recibieron terapia de pareja. Curiosamente, en relación con el grado de satisfacción en la pareja, se encontró un patrón de resultados contrario para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos; esto es, se

encontró que en los pacientes que recibieron la terapia de pareja en solitario aumentó significativamente más la satisfacción con la pareja que en los pacientes que recibieron su combinación con psicofármacos.

La interpretación de los resultados estadísticamente significativos obtenidos en esas comparaciones es compleja por varias razones. Por un lado, en el grupo de participantes que recibió terapia de pareja + TCC-CT individual había también participantes que recibieron psicofármacos (un 50% de los participantes de ese grupo) y, complementariamente, en el grupo de participantes que recibió terapia de pareja + psicofármacos había también participantes que recibieron TCC-CT individual (un 45,4% de los participantes de ese grupo), por lo que no es posible discriminar si el aumento en la efectividad en los pensamientos negativos asociados a la ira y la hostilidad que se encontró para los dos grupos de tratamientos combinados se deben a la adicción de la TCC-CT individual, a la adicción de los psicofármacos o a la adicción simultánea tanto de la TCC-CT individual como de los psicofármacos, ya que en ambos grupos de tratamientos combinados había un porcentaje relevante de participantes que recibieron simultáneamente tres tratamientos: terapia de pareja, TCC-CT individual y psicofármacos. Por supuesto, para discriminar entre esas tres explicaciones hubiese sido necesario comparar cuatro grupos de tratamiento: un primer grupo de pacientes que solo hubiera recibido terapia de pareja en solitario, uno segundo grupo de pacientes que solo hubiera recibido terapia de pareja + TCC-CT individual, un tercer grupo de pacientes que solo hubiera recibido terapia de pareja + psicofármacos y un cuarto grupo de pacientes que solo hubiera recibido terapia de pareja + TCC-CT individual + psicofármacos. Desgraciadamente, el tamaño de la muestra de participantes del presente estudio no permitió que esos cuatro grupos tuvieran un número suficiente de pacientes para realizar con garantías las comparaciones estadísticas necesarias y, por tanto, dichos grupos no fueron creados ni comparados, pero deberían ser objeto de futuras investigaciones con un muestra de mayor tamaño que permita la creación de grupos

terapéuticos con un tamaño adecuado para realizar las comparaciones entre las distintas alternativas terapéuticas.

Además, para complicar aún más la interpretación de los resultados, mientras que el tratamiento psicológico individual que recibieron algunos pacientes fue siempre el mismo, es decir, TCC-CT individual y, de hecho, era un programa relativamente protocolizado basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa et al. (2007) a la que se habían añadido otras técnicas cognitivas y cognitivo-conductuales para el tratamiento de otros trastornos de ansiedad o depresivos que podían sufrir las víctimas en comorbilidad o de forma aislada (véase Clara Gesteira, 2016; Moreno Pérez, 2016), los psicofármacos que estaban recibiendo algunos pacientes eran muy variados en su tipología y en su uso combinado (p. ej., en el grupo de pacientes que terminó el tratamiento, el 50% de los que tomaban psicofármacos tomaba ansiolíticos y antidepresivos de manera combinada, el 40% solo ansiolíticos y el 10% restante tomaba otros psicofármacos).

Por otro lado, al menos con respecto a la combinación de terapia de pareja y psicofármacos, la adicción de este último tratamiento, en lugar de tener efectos sinérgicos con la terapia de pareja para aumentar su eficacia, parece que tuvo efectos negativos para algunas variables de resultado, en concreto, para el grado de satisfacción con la pareja, ya que parecía disminuir la efectividad de la terapia de la pareja en solitario sobre dicha medida de ajuste de la pareja.

Finalmente, los pequeños tamaños muestrales de los grupos terapéuticos que se compararon en el presente estudio indican que en dichas comparaciones faltó potencia estadística para encontrar diferencias estadísticamente significativas entre la terapia de pareja y su combinación con TCC-CT individual o con psicofármacos. De hecho, aunque en la mayoría de las medidas de ajuste de pareja y de factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cambios pretratamiento-postratamiento entre la terapia de pareja en solitario y su combinación

con TCC-CT individual o con psicofármacos, salvo por las dos excepciones mencionadas anteriormente, en algunas de esas medidas sí se encontraron, en cambio, algunas diferencias que eran clínicamente significativas según el tamaño del efecto, aunque no lo fueran desde el punto de vista de su significación estadística. Curiosamente, y de forma consistente con los resultados estadísticamente significativos comentados antes, el patrón de esos resultados clínicamente significativos a veces indicaba una mayor efectividad de la terapia de pareja cuando se aplica en solitario que cuando se hace en combinación con TCC-CT (en las medidas de satisfacción con la pareja y de victimización y perpetuación de la negociación cognitiva) o con psicofármacos (en las medidas de ajuste de pareja, de expresión del afecto y de victimización de la negociación cognitiva), mientras que en otras ocasiones el patrón de resultados indicaba una mayor efectividad de la terapia de pareja cuando se aplica en combinación con TCC-CT (en las medidas de estilo evitativo de solución de problemas y de orientación negativa al problema) o con psicofármacos (en las medidas de estilo evitativo de solución de problemas y de agresión psicológica menor) que cuando se aplica en solitario.

En resumen, aunque los resultados estadísticamente significativos respecto a la efectividad diferencial de la terapia de pareja frente a su utilización combinada con TCC-CT individual o con psicofármacos son difíciles de interpretar, su presencia, aunque limitada a tan solo dos variables de resultado, y la presencia de resultados clínicamente significativos que, aunque no llegaron a ser estadísticamente significativos, afectaba a otras variables de resultados, indican claramente que este área, el de las sinergias debido a la combinación de diversos tipos de tratamiento, es un ámbito que en su aplicación a los problemas de pareja y a los problemas psicopatológicos que pueden sufrir las víctimas del terrorismo y sus parejas merece ser investigado con mayor profundidad con diseños más adecuados desde el punto de vista de la manipulación de las variables independientes terapéuticas y de la potencia estadística, es decir, con grupos terapéuticos más puros respecto a las terapias que en solitario o

en combinación están recibiendo los pacientes y con mayor número de pacientes en cada uno de esos grupos.

Sobre la base de lo anterior y con las cautelas que ya hemos señalado en relación a las limitaciones metodológicas del presente estudio, se puede decir que, aunque la mayoría de las mejoras en la relación de pareja y en los factores psicológicos asociados al funcionamiento de la pareja que obtuvieron los participantes tras seguir nuestro programa de terapia de pareja no parece plausible que se puedan atribuir a la TCC-CT individual o a los psicofármacos, especialmente a estos últimos ya que su consumo fue anterior a la terapia de pareja y muchos pacientes lo habían estado tomado en muchas ocasiones y durante varios años sin conseguir mejorar sus relaciones de pareja ni sus problemas psicopatológicos, no se pueden descartar los posibles efectos sinérgicos de la utilización de estas tres modalidades de terapia.

Respecto a la combinación de la terapia de pareja con la TCC-CT individual, los estudios anteriores del enfoque de terapia de pareja utilizado en el presente estudio, es decir, la TCC-C (Monson et al., 2004; Monson et al., 2011; Monson et al., 2012; Schumm et al., 2013), no han comparado la eficacia de terapia de pareja con la terapia individual para tratar problemas de pareja en pacientes afectados por síntomas de TEPT. La investigación previa con relación a las parejas afectadas por sintomatología depresiva no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir terapia individual al tratamiento de pareja sea significativamente más eficaz que utilizar la terapia de pareja en solitario para la mejora del ajuste de pareja. En un metaanálisis de ocho ensayos controlados y varias revisiones narrativas (Barbato y D'Avanzo, 2008; Beach y Whisman; 2012; Whisman et al., 2012) se encontró que para las parejas que tienen problemas de relación, la terapia de pareja es más efectiva que la terapia cognitivo conductual individual en aliviar los problemas de relación de pareja.

Por todo lo anterior, sería interesante realizar nuevos estudios que examinaran, de forma específica, las ventajas de aplicar nuestro tratamiento de pareja en combinación con la TCC-CT

individual para la mejora de la relación de pareja y, también, para la mejora del TEPT y de otros trastornos psicológicos que pueden sufrir las víctimas del terrorismo.

Respecto a la combinación de terapia de pareja con psicofármacos, los estudios anteriores sobre la modalidad de terapia de pareja analizada en la presente investigación, es decir, la TCC-C centrada en el trauma (Monson et al., 2004; Monson et al., 2011; Monson et al., 2012; Schumm et al., 2013) no han comparado la eficacia de terapia de pareja con los psicofármacos para tratar problemas de pareja en pacientes afectados por síntomas de TEPT y sus comorbilidades y, de hecho, muy pocos estudios de terapia de pareja han examinado esta cuestión. La investigación previa con relación a las parejas afectadas por sintomatología depresiva tampoco ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir fármacos al tratamiento de pareja sea significativamente más eficaz que utilizar la terapia de pareja en solitario para la mejora del ajuste de pareja.

Por todo lo anterior, sería interesante realizar nuevos estudios que examinaran, de forma específica, las ventajas de aplicar nuestro tratamiento de pareja en combinación con psicofármacos para la mejora de la relación de pareja y, también, para la mejora del TEPT y de otros trastornos psicológicos que pueden sufrir las víctimas del terrorismo. No obstante, hay que tener en cuenta que: (1) una proporción significativa de personas no son ayudados por la medicación, no pueden tolerar los efectos secundarios de la medicación o no desean tomar medicamentos por otras razones, y (2) las tasas de recaída después de la farmacoterapia para, por ejemplo, la depresión son aproximadamente el doble de las de las tasas de recaída después de la psicoterapia, al año del tratamiento (65% frente a 29%, Vittengl et al., 2007, citado en Carr, 2014) y la recaída para la ansiedad es común una vez que se interrumpe la medicación (Antony y Stein, 2009, citado en Carr, 2014). Es más, no puede olvidarse el hecho de que los psicofármacos se han convertido en un objeto ordinario de consumo, que constituyen un complemento al exceso de estrés diario en que nuestras sociedades se ven inmersas (Polanco-Carrasco, 2007). De ahí, la necesidad de implementar campañas de prevención que

concienticen acerca de los riesgos en la utilización inadecuada de psicofármacos (Martino, 2014).

Finalmente, otra área importante de investigación futura respecto a la utilización de la terapia de pareja en solitario o en combinación con otros tratamientos psicológicos o psicofarmacológicos es el de los mecanismos de actuación de todos estos tratamientos y el de los mecanismos de actuación de sus sinergias. Por ejemplo, el resultado más consistente encontrado en el presente estudio sobre las ventajas de utilizar la terapia de pareja en combinación con TCC-CT individual o con psicofármacos en lugar de utilizarla en solitario, es la mayor efectividad de dichas combinaciones a la hora de disminuir los pensamientos asociados a la ira y la hostilidad. Los mecanismos de actuación de esas sinergias pueden haber sido muchos y queda para la investigación futura su describimiento, aunque hoy en día ya hay algunas especulaciones basadas en los hallazgos de la neurociencia y que hemos revisado brevemente en los capítulos 1 y 2 de esta tesis doctoral.

Por ejemplo, el modelo propuesto por DeRubeis et al. (2008) compara las vías de acción neuropsicológicas de la TCC para la depresión con el tratamiento psicofarmacológico antidepressivo partiendo de la base de que el TEPT y la depresión tienen ciertos mecanismos fisiopatológicos comunes. Los autores señalan que ambos tratamientos afectarían a los circuitos emocionales y prefrontales, consiguiendo finalmente normalizar la red emocional y la actividad prefrontal, pero el mecanismo por el cual actuaría cada tratamiento podría diferir. De ahí que el modelo señala que estos tratamientos pueden complementarse en sus acciones sobre el SNC. Investigaciones posteriores han confirmado algunas de las propuestas esenciales de este modelo, aunque varias interrogantes quedan por resolver (véase el capítulo 1, las revisiones de Ma, 2015, y Thomaes et al., 2014, y los estudios de Brooks y Stein, 2015, Franklin et al., 2016, y Shou et al., 2017).

Así mismo, aunque las bases neuropsicológicas de la terapia de pareja están bastante menos investigadas y no queda claro del todo cómo se codifican los cambios terapéuticos en las



redes funcionales del cerebro, podemos suponer que nuestro tratamiento, en tanto es una terapia de pareja cognitivo-conductual (enfocada a la modificación de las distorsiones cognitivas asociadas a los síntomas del TEPT, la depresión y la ansiedad y al funcionamiento de la relación, con un énfasis en conseguir la regulación de las emociones y el cambio en los patrones de relación disfuncionales, asociados todas estas variables a la satisfacción en la relación de pareja, como ya se ha dicho) haya aumentado la neuroplasticidad (según los planteamientos de Fishbane, 2011, 2014, 2015, con relación a la terapia de pareja que recogen las investigaciones del área; véase el capítulo 2), actuando sobre la corteza prefrontal, encargada de realizar la regulación emocional y la disminución de la reactividad al estrés. Este tipo de argumentos indicaría que la aplicación de la terapia de pareja y sus efectos terapéuticos estarían vinculados con la puesta en marcha, al igual que la terapia individual, de mecanismos neurales *top-down* (de arriba abajo) que regularían las emociones (Franklin et al., 2016; Brooks y Stein, 2015), para lo cual es esencial el restablecimiento de la red de control cognitivo fronto-parietal que en pacientes con TEPT, depresión y ansiedad puede verse afectada.

La flexibilidad, la reflexión, la autorregulación, la capacidad de respuesta y responsabilidad son funciones de la corteza prefrontal y esto se puede haber estimulado a través de la terapia de pareja. Los cambios medidos en el presente estudio (por ejemplo, disminución de los pensamientos negativos asociados a la ira-hostilidad, la mejora de las estrategias de negociación cognitiva, disminución de la orientación negativa al problema y disminución en los estilos de resolver problemas de modo inadecuado) hablarían en esta dirección.

Pero también hay que tener en cuenta que la terapia de pareja tiene particularidades diferenciales con la terapia individual, activando otros mecanismos que se vinculan al apoyo de la pareja y que pueden actuar sobre la red emocional de los pacientes, disminuyendo la percepción de amenaza que pueden sentir los pacientes con síntomas de TEPT y evitando el uso de estrategias defensivas por parte de los mismos. En este sentido, es posible que el cambio en los circuitos emocionales a través del apoyo de la pareja pueda llevar a cambios en los

circuitos de control cognitivo (véase Johnson et al., 2013) y viceversa, dada la interacción conocida entre estos dos modos de procesamiento de la información; considerando que, en el caso de los seres humanos, los estados emocionales no existen fuera del contexto cognitivo, y por lo tanto la cognición puede servir, finalmente, como un potente modulador del estado de ánimo (Ochsner et al. 2012) y de los estilos cognitivos y sesgos que pueden interferir en el funcionamiento sano de las parejas . Por lo tanto, las asociaciones en el caso de la terapia de pareja, podrían ser bidireccionales.

Por supuesto, este tipo de argumentos y aquellos otros planteados en los capítulo 2 y 5 (véase apartado dedicado a la EFT en el capítulo 5) sobre los mecanismos neuropsicológicos de la terapia de pareja merecen y necesitan de investigaciones empíricas futuras que corroboren, especifiquen y aclaren dichos mecanismos.

## 9.5 Limitaciones y líneas futuras de investigación

Aunque los resultados de este estudio son prometedores, se debe tomar precaución a la hora de interpretar sus hallazgos, puesto que varias limitaciones deben de señalarse y sobre las cuales la investigación futura deberá arrojar luz.

- 1.) La ausencia de un grupo de control de lista de espera, ausencia que es habitual en los estudios de efectividad, pero no así en los de eficacia, hace muy difícil establecer con certeza las ganancias atribuibles a la terapia (en lo que se refiere a la mejora en el ajuste en la relación de pareja) en lugar de atribuirles al simple paso del tiempo o a los procesos de recuperación natural de las personas. No obstante, hay que decir que un metaanálisis anterior ha demostrado que las parejas con dificultades no mejoran sin terapia de pareja (Baucom et al., 2003). Por lo tanto, estos autores sostienen que puede que no haya necesidad de grupos de control en los estudios para medir la mejora de la relación de pareja. Por otra parte, al menos un estudio previo realizado en los EE. UU. que ha

utilizado un diseño experimental (ensayo clínico aleatorizado) con grupo de control ha demostrado la eficacia para las víctimas de traumas diversos de la TCC-C centrada en el trauma en comparación a la lista de espera (Monson et al., 2012) en la mejora de la relación de pareja.

En lo que se refiere a si el tratamiento ha conseguido beneficios secundarios en la reducción de la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad que sufren las víctimas de terrorismo del presente estudio, también se destaca la necesidad de un grupo de control que hubiese permitido comparar los resultados, para no atribuirlos a los procesos de recuperación natural de estas personas. No obstante, las víctimas del presente estudio habían experimentado el atentado terrorista hacía más de 27 años como media y este hecho hace presuponer que tales procesos de recuperación no son una explicación plausible para los cambios encontrados en este estudio tras el tratamiento, ya que los estudios de la literatura científica explican que la mayoría de las recuperaciones espontáneas del TEPT tras un atentado terrorista se suelen producir en los primeros 4 años (Morina et al., 2014). En este sentido, Cukor et al. (2011) y Neria et al. (2010) ambos citados en Moreno Pérez (2016), señalan que el 82-85% de las víctimas con TEPT ya se han recuperado de forma espontánea a los 4-8 años de un atentado, aunque Moreno Pérez (2016) cita también las investigaciones de Brackbill et al. (2009) para tasas menores. Por todo lo anterior, es más que probable que la mejora observada en el presente estudio tras el tratamiento se debiera al propio tratamiento y no a los procesos de recuperación espontánea. Por otra parte, al menos un estudio previo realizado en los EE.UU. que ha utilizado un diseño experimental (ensayo clínico aleatorizado) con grupo de control ha demostrado la eficacia para las víctimas de traumas diversos de la TCC-C centrada en el trauma en comparación a la lista de espera (Monson et al., 2012) en la reducción de los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad.

- 2.) El tamaño pequeño de la muestra es otra de las limitaciones del estudio. La muestra de nuestro estudio es pequeña (17 parejas, de las cuales 13 parejas completaron el tratamiento), lo que limita la generalización de los resultados y la potencia estadística del propio estudio, es decir, el poder detectar diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento. Si bien es cierto que los buenos resultados obtenidos con esta muestra pequeña podrían suponer, incluso, un valor añadido al estudio (con números pequeños siempre es más difícil obtener diferencias estadísticamente significativas), el tamaño pequeño de la muestra es una limitación estadística general y puede suponer un problema a la hora de asumir su representatividad. Disponer de un tamaño muestral mayor ayudaría a consolidar los resultados y a generalizarlos con una mayor seguridad.
  
- 3.) Queda pendiente de analizar a qué variables, exactamente, se deben las mejoras en el ajuste de la relación de pareja de nuestro tratamiento (p. ej., factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la relación de pareja o factores psicológicos relacionados con el funcionamiento individual como, por ejemplo, la psicopatología). No sabemos los predictores de éxito de nuestro tratamiento de pareja ni tampoco qué componentes específicos del mismo han contribuido al éxito o fracaso de la intervención, a pesar de que el análisis de los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja nos ha permitido constatar que sí ha habido cambios en algunos de esos factores y, por tanto, cabría plantear para futuras investigaciones si tales factores podrían actuar como variables mediadoras que explicasen los efectos beneficiosos del tratamiento sobre el ajuste en la relación de pareja. Por tanto, a partir de los resultados del presente estudio no se puede saber a ciencia cierta si lo que ha hecho que los pacientes mejoren su relación de pareja es el cambio en los patrones disfuncionales de la relación, la mejora en la comunicación, el manejo de las distorsiones cognitivas o la regulación de las

emociones vinculadas a la relación de pareja, ni tampoco se puede saber qué componente o componentes terapéuticos concretos provocaron estos cambios o la mejora en la propia relación de pareja, sin embargo, los resultados del estudio subrayan la importancia y necesidad de avanzar en esta dirección, por ejemplo, investigando el papel de posibles variables mediadoras, analizando la eficacia diferencial de diferentes componentes terapéuticos o examinando si la adición de sesiones dirigidas específicamente a modificar dichas variables mediadoras o a potenciar los componentes terapéuticos que inciden sobre ellas podría mejorar los resultados globales sobre la relación de pareja.

- 4.) La no realización de seguimientos del tratamiento a medio y largo plazo, para ver si se mantienen los resultados conseguidos con la terapia en lo que se refiere a la mejora de la relación de pareja y de la reducción de la sintomatología clínica prevalente en la muestra. De ahí que se recomienda que el estudio pueda ser replicado realizándose seguimientos del progreso terapéutico.
- 5.) Respecto al diseño de la presente investigación empírica sería fundamental que, como ocurría para el resto de estudios examinados sobre este tema específico, se realizaran análisis de la fiabilidad de las evaluaciones pre y postratamiento.
- 6.) Otra posible limitación tiene que ver con el grado en que, en el presente estudio, el contexto y la estructura de tratamiento utilizados para aplicar nuestra adaptación de la terapia pareja de Monson y Fredman (2012) puedan no haber sido representativos de los contextos clínicos ambulatorios habituales y, por tanto, se vea mermada la posibilidad de que sus resultados terapéuticos sean generalizables a la práctica clínica habitual. Wright et al. (2007) examinaron la representatividad de las parejas en los estudios de eficacia de parejas en situaciones de práctica clínica y establecieron unos criterios de

representatividad clínica basados en la escala de clasificación de representatividad clínica desarrollada por Shadish, Matt, Navarro y Phillips (2000) para la psicoterapia. Wright et al. (2007) propusieron unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de un estudio dado y que, por tanto, permiten cuantificar el grado en que dicho estudio es un estudio de efectividad o utilidad clínica en una escala de 0 a 10 (de poco a muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual). Utilizando dichos criterios y valoraciones, el presente estudio obtendría una puntuación de 6, lo cual es mayor que la puntuación media teórica de la escala (5) y sugiere que el presente estudio representa la práctica clínica cotidiana de forma moderada. Dicha puntuación se encuentra por encima de la puntuación media (4,19) obtenida por los estudios de eficacia revisados por Wright et al. (2007), cuyas puntuaciones oscilaban entre 1,11 y 8,8.

- 7.) Los resultados en la reducción de sintomatología no se pueden atribuir solo al tratamiento de pareja, ya que un porcentaje relevante de las personas que completaron el tratamiento en el presente estudio estaban, simultáneamente a nuestro tratamiento de pareja, tomando medicación psicotrópica y/o recibiendo TCC-CT de tipo individual. Es posible que el efecto sinérgico de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma de tipo individual y la terapia de pareja combinados con la medicación fueran los responsables de los beneficios terapéuticos encontrados en el presente estudio en la reducción de la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Tal y como se ha comentado en un epígrafe anterior, debido al pequeño tamaño muestral, no se han podido diferenciar más grupos de tratamiento y realizar los análisis comparativos correspondientes, ya que a estos les hubiera faltado potencia estadística suficiente. Por tanto, los resultados presentados sobre la efectividad diferencial de la terapia de pareja y de sus combinaciones con otros tratamientos podrían no ser fiables, tal y como se

comentó en detalle en un epígrafe anterior. Queda pendiente a la investigación futura ahondar en esta cuestión.

- 8.) Otras limitaciones tienen que ver las medidas concretas usadas para evaluar los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja. Una limitación encontrada es que algunos de los instrumentos utilizados para evaluar estas variables, por ejemplo, el SPSI-R, el IPRI y el IACRI evalúan cuestiones generales, pero no son específicos de la evaluación de la relación de parejas, y además, en el caso del IPRI y el IACRI, no se han encontrado estudios anteriores en la literatura de terapia de pareja que hayan utilizado estos instrumentos y con los que podamos comparar nuestros resultados. Con relación a la utilización del SPSI-R en la terapia de pareja, ninguno de los estudios de eficacia y efectividad analizados en el presente trabajo ha publicado los resultados de este instrumento, aunque haya podido ser utilizado como parte de la técnica de solución de problemas. La investigación futura, en España, debería de encaminarse a la creación o validación de cuestionarios o instrumentos específicos para nuestra población que puedan evaluar los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja, que hemos valorado con estos instrumentos, y que puedan ser utilizados para mostrar la sensibilidad al cambio terapéutico.

# **Capítulo 10.**

## **Conclusiones**





## 10. Conclusiones

Los resultados de este estudio piloto sugieren que la adaptación de la terapia cognitivo-conductual conjunta (TCC-C) centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) que hemos aplicado en el presente estudio, puede ser un tratamiento prometedor para mejorar el ajuste en parejas con problemas de relación en las que uno o ambos miembros de la pareja son víctimas de terrorismo, así como para conseguir mejoras en ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja y reducir la sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático, depresión o ansiedad que pueden sufrir las víctimas. De los resultados de esta tesis doctoral pueden extraerse, en resumen, las siguientes conclusiones:

- 1.) El tratamiento de pareja aplicado se ha mostrado efectivo en la mejora de la relación de pareja en la medida en que ha conseguido un *incremento estadísticamente significativo en los niveles de ajuste diádico*, tanto en la muestra total del estudio que completó el tratamiento como en los dos subgrupos que hemos dividido esa muestra: el grupo de las víctimas y el de sus parejas, siendo el beneficio terapéutico mayor para el grupo de las parejas de las víctimas de terrorismo que para las propias víctimas.
- 2.) El tratamiento de pareja aplicado se ha mostrado efectivo en la mejora del ajuste de la relación de pareja no solo desde el punto de vista de la significación estadística, sino también desde el punto de vista de la *significación clínica*, la cual se ha estimado a través de tres criterios: tamaño del efecto del tratamiento (o magnitud de la diferencia pretratamiento-postratamiento), porcentaje de pacientes que superaron la puntuación de corte (puntuación C) que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional en una medida estándar del ajuste de pareja, la EAD, y porcentaje de pacientes que

mostraron un cambio fiable en la EAD después del tratamiento (o índice de cambio fiable o RCI).

- 3.) En concreto, en relación con el *tamaño del efecto*, el tratamiento se mostró efectivo, ya que consiguió un efecto grande sobre el ajuste de la pareja para el grupo total de la muestra. Este efecto fue similar al obtenido en los estudios de eficacia de la terapia de pareja y, en particular, en los estudios que también han analizado la eficacia de la TCC-C centrada en el trauma. Es más, dicho efecto fue superior al obtenido en los pocos estudios que se han llevado a cabo sobre la efectividad o utilidad clínica de la terapia de pareja y que, como este, han priorizado la representatividad clínica sobre la validez interna, es decir, han pretendido evaluar los beneficios terapéuticos de la terapia de pareja en condiciones similares a los de la práctica habitual, más que evaluar si dichos beneficios son indudablemente debidos al propio tratamiento.
- 4.) Con relación al criterio del *porcentaje de pacientes* que superó la puntuación C de la EAD, el tratamiento también resultó efectivo, pues al concluir el mismo el 65,4% de los pacientes de la muestra total que concluyó el tratamiento consiguió un buen nivel de ajuste en su relación, y dicho porcentaje fue estadísticamente superior al encontrado en el pretratamiento.
- 5.) Con relación al criterio más estricto del *RCI* en su combinación con la puntuación C, el tratamiento de pareja consiguió que el 46,2% de los pacientes pudiera considerarse recuperado o mejorado de sus problemas de ajuste de pareja, mientras que un 53,8% no pareció mostrar cambios clínicamente significativos, aunque tampoco ningún paciente pareció empeorar. Estos resultados fueron similares a los obtenidos en la literatura científica previa con la TCC-C para el TEPT y ligeramente superiores a los obtenidos en

los estudios de efectividad de la terapia de pareja, y probablemente hubiesen sido mejores si un 34,6% de los pacientes no hubiesen comenzado el tratamiento con un nivel alto de ajuste en su relación lo cual parecía haber provocado un efecto techo para conseguir mejoras adicionales.

- 6.) Además, el tratamiento de pareja aplicado se ha mostrado efectivo en reducir de forma estadísticamente significativa el nivel de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa de las víctimas de terrorismo, consiguiendo que dichos niveles en el postratamiento estuvieran por debajo de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa, en el caso de los síntomas de depresión y ansiedad, aunque no en el caso de la sintomatología postraumática cuyo nivel quedó ligeramente por encima del punto de corte para una sintomatología clínicamente significativa.
  
- 7.) El tratamiento de pareja aplicado también se ha mostrado efectivo para la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa de las víctimas del terrorismo desde el punto de vista de la significación clínica, ya que consiguió reducciones medias en dicha sintomatología de una magnitud moderada para la sintomatología postraumática y ansiosa y grande para la sintomatología depresiva. Estos tamaños del efecto fueron similares a los obtenidos para la sintomatología postraumática en estudios previos con la versión de la TCC-C para el TEPT centrada en el presente y similares o mejores a los obtenidos para la sintomatología depresiva en estudios previos de la TCC-C para el TEPT.
  
- 8.) Al finalizar el tratamiento de pareja, el 33,3% de las víctimas del terrorismo mostraban niveles por debajo del punto de corte establecido para una sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático y el 55,6% mostraban niveles por debajo del punto

de corte establecido para una sintomatología moderada-grave de depresión o de ansiedad. Sin embargo, dichos porcentajes no fueron diferentes de forma estadísticamente significativa de los obtenidos en el pretratamiento, salvo en el caso de la sintomatología ansiosa, en la cual se pasó de un 22,2% a un 55,6% y, por tanto, el tratamiento pareció duplicar el número de víctimas del terrorismo con niveles normales de ansiedad.

- 9.) En las parejas de las víctimas del terrorismo, el tratamiento de pareja no pareció provocar cambios ni estadística ni clínicamente significativos en la sintomatología de estrés postraumático, de depresión o de ansiedad. Sin embargo, este resultado no debería sorprender, ya que, en general, las parejas de las víctimas no presentaban al inicio del tratamiento niveles clínicamente significativos de ese tipo de sintomatología.
- 10.) El tratamiento de pareja también fue efectivo, tanto desde el punto de vista de la significación estadística como, en general, de la significación clínica, en producir cambios beneficiosos en los siguientes factores relacionados con el funcionamiento de la pareja:
  - a) Clima social en la familia, con mejoras en el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí, en la expresión de las emociones y en la disminución del grado de conflictividad.
  - b) Habilidades de solución de problemas sociales, con una disminución en la orientación negativa al problema y en los estilos inadecuados de resolver problemas y conflictos (estilo impulsivo o descuidado y estilo evitativo).
  - c) Tácticas de conflicto, con una mejora en las estrategias de negociación cognitiva y en la reducción de los niveles de agresión psicológica menor y de agresión psicológica grave.
  - d) Pensamientos relacionados con la ira-hostilidad, con una reducción en los pensamientos hostiles y agresivos en la ira-hostilidad.

- 11.) El tratamiento de pareja, sin embargo, no resultó efectivo, tanto desde el punto de vista estadístico como clínico, en el cambio de algunos otros factores relacionados con el funcionamiento de la pareja, en concreto, de las actitudes y creencias asociadas a la ira y a la hostilidad y de la orientación positiva al problema y la solución racional de problemas.
- 12.) Frente al tratamiento de pareja en solitario, tanto su combinación con TCC-CT individual como su combinación con psicofármacos, no parece que mejoren de forma estadísticamente significativa la efectividad de dicho tratamiento de pareja en solitario sobre el ajuste de la pareja ni sobre ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja (habilidades de solución de problemas sociales, tácticas de conflicto, pensamientos negativos relacionados con la ira-hostilidad, actitudes o creencias relacionadas con la ira-hostilidad), salvo por dos excepciones. Tanto para la combinación de la terapia de pareja con TCC-TC individual como para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos, los pacientes que recibieron terapia de pareja combinada redujeron significativamente más sus pensamientos negativos asociados a la ira y la hostilidad tras el tratamiento que los pacientes que solo recibieron terapia de pareja. Curiosamente, en relación con el grado de satisfacción en la pareja, se encontró un patrón de resultados contrario para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos; esto es, se encontró que en los pacientes que recibieron la terapia de pareja en solitario aumentó significativamente más la satisfacción con la pareja que en los pacientes que recibieron su combinación con psicofármacos.
- 13.) Aunque los resultados estadísticamente significativos respecto a la efectividad diferencial de la terapia de pareja frente a su utilización combinada con TCC-CT individual o con

psicofármacos son difíciles de interpretar y, de hecho, se deben tomar con muchas cautelas por las limitaciones del presente estudio relacionadas con el pequeño tamaño muestral de los grupos que recibieron distintas alternativas terapéuticas, su presencia sugiere que el área de las sinergias debidas a la combinación de diversos tipos de tratamiento, es un ámbito que en su aplicación a los problemas de pareja y a los problemas psicopatológicos que pueden sufrir las víctimas del terrorismo y sus parejas merece ser investigado con mayor profundidad con diseños más adecuados desde el punto de vista de la manipulación de las variables independientes terapéuticas y de la potencia estadística.

- 14.) Es más, dadas las limitaciones de los diseños de efectividad como el utilizado en la presente investigación, sería recomendable que la investigación futura realizara nuevos estudios con tamaños muestrales más amplios, con un grupo de control, con un seguimiento del progreso terapéutico y donde se realicen análisis de los componentes terapéuticos para ver cuáles son los predictores de éxito del tratamiento. Además, en esa investigación futura sería importante el mejorar las medidas utilizadas con relación a los factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja y el examinar con mayor profundidad los efectos de sinergia entre las combinaciones de este tratamiento de pareja con el TCC-CT y los psicofármacos.
- 15.) A pesar de sus limitaciones, los resultados del presente estudio empírico sugieren que la adaptación de la TCC-C de Monson y Fredman (2012) que hemos aplicado en el presente estudio puede ser útil para mejorar el ajuste de la relación de pareja en el colectivo de víctimas de terrorismo y sus parejas así como para mejorar ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja en dicho colectivo e incluso reducir los niveles de sintomatología emocional en las víctimas del terrorismo. Los

resultados de este estudio, pues, ofrecen esperanza para los problemas de relación de pareja que pueden presentar las víctimas de terrorismo y sus parejas, y, dado el conocido impacto de los problemas de relación de pareja en la salud física y mental de los adultos que los padecen y en su descendencia, los resultados de la presente investigación ofrecen evidencia alentadora de que la utilización de un tratamiento de pareja basado en la TCC-C pueden ser un paso importante para ayudar a las víctimas del terrorismo y sus familias. Los resultados obtenidos son relevantes, no solo en la mejora de la calidad de la relación de pareja de las víctimas del terrorismo si no en la calidad de vida de estos pacientes y sus familias. Quedará en manos de las organizaciones e instituciones pertinentes valorar que el tratamiento de las víctimas del terror necesita transcender las fronteras de lo individual y no solo centrarse en sus repercusiones psicopatológicas, prestando atención a aquellos factores de carácter sistémico que actúan, con una complejidad y multicausalidad elevada, en los procesos de recuperación de estas personas.





## Referencias bibliográficas

- Abakoumkin, G., Stroebe, W., y Stroebe, M. (2010). Does relationship quality moderate the impact of marital bereavement on depressive symptoms? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(5), 510-526. doi:10.1521/jscp.2010.29.5.510
- Abbad, S., De Aragón, J., y Labrador, F. J. (2015). Factores que intervienen en una relación de pareja. Acuerdos y desacuerdos. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 43-46). Madrid: Pirámide.
- Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Boeding, S., Wheaton, M. G., Pukay-Martin, N. D., Fabricant, L. E.,... Fischer, M. S. (2013). Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 44(3), 395-407.
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. *Advances in Experimental Social Psychology*, 2, 267-299.
- Aho, A. L., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P., y Kaunonen, M. (2006). Fathers' grief after the death of a child. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 647-663. doi:10.1080/01612840600643008
- Allen, E. S., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., y Markman, H. J. (2010). Hitting home: Relationships between recent deployment, posttraumatic stress symptoms, and marital functioning for army couples. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 280-288. doi:10.1037/a0019405.
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650-666.

- Amato, P. R., y Anthony, C. J. (2014). Estimating the effects of parental divorce and death with fixed effects models. *Journal of Marriage and Family*, 76(2), 370-386. doi:10.1111/jomf.12100
- Amato, P. R., Loomis, L. S., y Booth, A. (1995). Parental divorce, marital conflict, and offspring well-being during early adulthood. *Social Forces*, 73(3), 895-915. doi:10.2307/2580551
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición, texto revisado). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, W. G., Arnold, R., Angus, D., y Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Society of General Internal Medicine*, 23(11), 1871-1876.
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., y Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635-645.
- Arnold, J., y Gemma, P. B. (2008). The continuing process of parental grief. *Death Studies*, 32(7), 658-673.
- Arzi, N. B., Solomon, Z., y Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14(8), 725-736. doi:10.1080/026990500413759
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2005). *Documento final de la Cumbre Mundial 2005. Resolución 60/1 aprobada por la Asamblea General el 16 de septiembre de*

2005. Naciones Unidas. Recuperado el 4 de febrero de 2017 de [http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1\\_Sp.pdf](http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf)
- Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R., y Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668-673. doi:10.1016/j.midw.2012.06.007
- Baca Baldomero, E. (2004). A project for the future. *Archivos de Psiquiatría*, 67(1), 3-16.
- Baca Baldomero, E., Cabanas Arrate, M. L., Pérez-Rodríguez, M. M., y Baca-García, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares. *Medicina Clínica*, 122(18), 681-685.
- Baca, B. E., Cabanas, A. M., Pérez-Rodríguez, M. M., y Baca-García, E. (2004). Mental disorders in victims of terrorism and their families. *Medicina Clinica*, 122(18), 681-685.
- Bados, A. (2009). *Trastorno por estrés postraumático*. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Bados, A., y García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Baldwin, D., y Thompson, C. (2003). The future of antidepressant pharmacotherapy. *World Psychiatry*, 2(1), 3-8.
- Barbato, A., y D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-132.
- Baucom, B. R., Atkins, D. C., Eldridge, K., McFarland, P., Sevier, M., y Christensen, A. (2011). The language of demand/withdraw: verbal and vocal expression in dyadic interactions. *Journal of Family Psychology*, 25, 570-580. doi:10.1037/a0024064

- Baucom, B. R., Atkins, D. C., Simpson, L. E., y Christensen, A. (2009). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of couple therapy: a 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 160-173.
- Baucom, D. H., y Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Belus, J. M., Aleman, C. B., Fischer, M. S., y Paprocki, C. (2014). Couple based interventions for psychopathology: A renewed direction for the field. *Family process*, 53(3), 445-461.
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., Kirby, J. S., y LaTaillade, J. J. (2015). Cognitive-behavioral couple therapy. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 23-60). New York: The Guilford Press.
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., LaTaillade, J. J., y Kirby, J. S. (2008). Cognitive-behavioral couple therapy. En A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4ª ed., pp. 31-70). Nueva York: The Guilford Press.
- Baucom, D. H., Epstein, N., y Rankin, L. A. (1995). Cognitive aspects of cognitive-behavioral marital therapy. En N. S. Jacobson y A. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (2ª ed., pp. 65-90). Nueva York: Guilford.
- Baucom, D. H., Hahlweg, K., y Kuschel, A. (2003). Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research? *Behavior Therapy*, 34(2), 179-188. doi:10.1016/S0005-7894(03)80012-6.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., y Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 53-88.
- Baucom, D. H., Whisman, M. A., y Paprocki, C. (2012). Couple-based interventions for psychopathology. *Journal of Family Therapy*, 34, 250-270. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x

- Baztarrica, R., Olano, S., y Labrador, F. J. (2015). Tratamiento en terapia de pareja. Técnicas. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 109-128). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Beach, S. R., Katz, J., Kim, S., y Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: a dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 355-371.
- Beach, S. R., y O'Leary, K. D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10(3), 405-420.
- Beach, S. R., y Whisman, M. A. (2012). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 201-219.
- Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. [Original: Cognitive therapy of depression. 1979. Nueva York: Guilford Press].
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C. A., y Kabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment*, 4(3), 211-219. doi:10.1177/107319119700400301
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española de Sanz, J. y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., y Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1068-1072. doi:10.1037/0022-006X.64.5.1068.
- Becoña, E. (1996). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-482). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Beese, A. G., y Stratton, P. (2004). Causal attributions in delusional thinking: an investigation using qualitative methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 267-283.
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x
- Benson, L. A., McGinn, M. M., y Christensen, A. (2012). Common principles of couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 25-35.
- Bergmann, J. S., Renshaw, K. D., y Allen, E. S. (2014). Meaningfulness of service and marital satisfaction in army couples. *Journal of Family Psychology*, 28(5), 701-706.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. Nueva York: George Braziller.
- Blalock, H. S., Smith, B., Archuleta, L., Sanders-Hahs, E., Goff, B. S., Reisbig, A. M. J., Schwerdtfeger, K. L., Bole, A., Hayes, E., Hoheisel, C. B., Nye, B., Osby-Williams, J., y Scheer, T. (2011). Trauma and couples: mechanisms in dyadic functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 319-332. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00203.x
- Bloch, L., Haase, C. M., y Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion*, 14(1), 130.

- Blount, T., Fredman, S. J., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., y Monson, C. M. (2015). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: application to an Operation Enduring Freedom veteran. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 458-467. doi:10.1016/j.cbpra.2014.05.001.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., y Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551-569. doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00171.x
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N.,... Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 944-954.
- Bodenmann, G., y Randall, A. (2013). Marital therapy for dealing with depression. En M. Power (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of mood disorders* (Second edition, pp. 215-227). West Sussex, Reino Unido: John Wiley & Sons.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., y Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.
- Bonanno, G. A., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Wortman, C. B., Sonnega, J., Carr, D., y Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study of preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.
- Bonanno, G. A., Romero, S. A., y Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139-169.
- Böning, U., y Henss, R. (1983). Empirische Ergebnisse zum Einsatz der "Dyadic Adjustment Scale" von G. B. Spanier [La utilización de la "Escala de Ajuste Diádico" de G. B. Spanier: resultados empíricos]. *Partnerberatung*, 1, 37-43.
- Boss, P. (2014). Ambiguous loss research, theory, and practice: reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 551-566.



- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.
- Brackbill, R. M., Hadler, J. L., DiGrande, L., Ekenga, C. C., Farfel, M. R., Friedman, S., y Yu, S. (2009). Asthma and posttraumatic stress symptoms 5 to 6 years following exposure to the World Trade Center terrorist attack. *JAMA*, 302(5), 502-516.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., y Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: a decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 964-980.
- Bradbury, T.N., & Karney, B.R. (2004). Understanding and altering the longitudinal course of marriage. *Journal of Marriage and Family*, 66(4), 862-879.
- Bradley, B., y Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 233-246.
- Bradley, R. G., Greene, J., Russ, E. U., Dutra, L., y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. A. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Brooks, S. J., y Stein, D. J. (2015). A systematic review of the neural bases of psychotherapy for anxiety and related disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 261-279.
- Brown, M., Banford, A., Mansfield, T., Smith, D., Whiting, J., y Ivey, D. (2012). Posttraumatic stress symptoms and perceived relationship safety as predictors of dyadic adjustment: a test of mediation and moderation. *The American Journal of Family Therapy*, 40(4), 349-362. doi:10.1080/01926187.2011.611784

- Brown, V. M., LaBar, K. S., Haswell, C. C., Gold, A. L., Beall, S. K., Van Voorhees, E.,... Tupler, L. A. (2014). Altered resting-state functional connectivity of basolateral and centromedial amygdala complexes in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 361-369.
- Brown-Bowers, A., Fredman, S. J., Wanklyn, S. G., y Monson, C. M. (2012). Cognitive-Behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: application to a couple's shared traumatic experience. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 536-547. doi:10.1002/jclp.21850.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Feaganes, J. R., Yen, S., Bosworth, H. B., Williams, R. B., y Siegler, I. C. (2000). Hostility in marital dyads: associations with depressive symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 95-105. doi:10.1023/A:1005424405056
- Buchheim, A., Erk, S., George, C., Kächele, H., Martius, P., Pokorny, D.,... Walter, H. (2016). Neural response during the activation of the attachment system in patients with borderline personality disorder: an fMRI study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. doi:10.3389/fnhum.2016.00389
- Burgess Moser, M. (2012). *The cognitive-affective and behavioural impact of emotionally focused couple therapy* (Tesis doctoral). Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies, School of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa, Ontario, Canada.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., y Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Butler, M. H., y Gardner, B. C. (2003). Adapting enactments to couple reactivity: five developmental stages. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 311-327.
- Butler, M. H., Harper, J. M., y Mitchell, C. B. (2011). A comparison of attachment outcomes in enactment-based versus therapist-centered therapy process modalities in couple therapy. *Family Process*, 50(2), 203-220.

- Byrne, C. A., y Riggs, D. S. (1996). The cycle of trauma: relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims, 11*(3), 213-225.
- Byrne, M., Carr, A., y Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy, 26*(2), 105-125.
- Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care, 49*(2), 134-148. doi:10.1080/00981380903158078
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., y Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: a gender-based exploration. *Journal of Family Social Work, 11*(4), 351-372. doi:10.1080/10522150802451667
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familia*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cáceres, J. (2012). Terapia de pareja. En M.A. Vallejo Pareja (ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I, pp. 683-731). Madrid: Dykinson.
- Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantilla, P., y Parada-Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia, 5*(2), 13-31.
- Caldwell B. E., Woolley S. R., y Caldwell C. J. (2007). Preliminary estimates of cost-effectiveness for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(3), 392-405.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. En L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: research and practice* (pp. 3-23). Nueva York: Psychology Press.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., y Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 205-212. doi:0894-9867/02/0600-0205/1

- Calvete, E., Estévez, A., y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Campos, J. J., Walle, E. A., Dahl, A., y Main, A. (2011). Reconceptualizing emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 26-35.
- Cano, A., y O'Leary, K. D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 774.
- Cano-Prous, A., Moyá-Querejeta, J., Alonso, Á., Martín-Lanas, R., y Cervera-Enguix, S. (2013). Personalidad: un determinante de la satisfacción conyugal en matrimonios con un cónyuge diagnosticado de depresión mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 340-8.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Iruarizaga, I., Salgero-Noguera, J. M., y Wood, C. M., (2011). Consecuencias psicológicas de las crisis y catástrofes: los atentados del 11-M en Madrid. En M. Carvalho (Coord.), *Estudos sobre intervenção psicológica em situações de emergência, crise e catástrofe* (pp. 89-105). Portimão: Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes.
- Carels, R. A., y Baucom, D. H. (1999). Support in marriage: Factors associated with on-line perceptions of support helpfulness. *Journal of Family Psychology*, 13(2), 131.
- Carey, M. P., Spector, I. P., Lantinga, L. J., y Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 238-240.
- Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 158-194.
- Carrasco, J. C., Herrero-Fernández, D., y Castillo, I. I. (2013). Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la "Escala de ajuste diádico" en una muestra de parejas españolas. *Psicología Conductual*, 21(3), 545-61.

- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B., y Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(1), 9-14.
- Carrasco, R. P. (2007). Reseña de “Neuropsicología” de Roger Gil. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2(2), 72-73.
- Carvajal, C. (2002). Bases neurobiológicas y farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 40, 48-68.
- Castro Carboni, N., Campos Villalobos, G., y López Castillo, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 5-14.
- Chambless, D. L., Miklowitz, D. J., y Shoham, V. (2012). Beyond the patient: couple and family therapy for individual problems. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 487-489.
- Chatav, Y., y Whisman, M. A. (2009). Partner schemas and relationship functioning: a states of mind analysis. *Behavior Therapy*, 40(1), 50-56.
- Chipman, K. J., Palmieri, P. A., Canetti, D., Johnson, R. J., y Hobfoll, S. E. (2011). Predictors of posttraumatic stress-related impairment in victims of terrorism and ongoing conflict in Israel. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(3), 255-271.
- Christ, G. H. (2010). Children bereaved by the death of a parent. En D. Balk y C. Corr (Eds.), *Children's encounters with death, bereavement, and coping* (pp. 169-193). Nueva York: Springer.
- Christensen, A. (2010). A unified protocol for couple therapy. En K. Hahlweg, M. Grawe-Gerber y D. H. Baucom (Eds.), *Enhancing couples: the shape of couple therapy to come* (pp. 33-46). Göttingen, Alemania: Hogrefe.
- Christensen, A., y Heavey, C. L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 73-81.
- Christensen, A., y Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. Nueva York: Guilford Press.

- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., y Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 225-235.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., y Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 176-191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., y George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1180-1191.
- Christensen, A., Baucom, D. H., Vu, C. T.-A., y Stanton, S. (2005). Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 6-17.
- Christensen, A., Dimidjian, S., Martell C., R. (2015). Integrative behavioral couple therapy. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 61-94). Nueva York: The Guilford Press.
- Cloutier, P. F., Manion, I., Walker, G. J., y Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: a 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-398. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., y Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, 17(12), 1032-1039.
- Cobos Redondo, B. (2016). *Efectividad a un año de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos a muy largo plazo* (Trabajo fin de máster). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Cohan, C. L. (2010). Family transitions following natural and terrorist disaster: hurricane Hugo and the September 11 terrorist attack. En T. W. Miller (Ed.), *Handbook of stressful transitions across the lifespan* (pp. 149-164). Nueva York: Springer.

- Cohan, C. L., Cole, S. W., y Schoen, R. (2009). Divorce following the September 11 terrorist attacks. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(4), 512-530.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Cohen, S., O'Leary, K. D., y Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41(4), 433-446.
- Cohen, S., O'Leary, K. D., Foran, H. M., y Kliem, S. (2014). Mechanisms of change in brief couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 45(3), 402-417.
- Conde, L., Fernández, E., López, A., y Labrador, F. J. (2015). Factores que intervienen en una relación de pareja. Expectativas y aspectos cognitivos. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 32-38). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Córdova, J., Gee, C., y Warren, L. (2005). Emotional skillfulness in marriage: intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Couture-Lalande, M.-E., Greenman, P. S., Naaman, S., y Johnson, S. M. (2007). La therapie de couple axee sur l'emotion (EFT) pour traiter les couples dont la femme a le cancer du sein: une etude exploratoire [Emotionally focused therapy (EFT) for couples with a female partner who suffers from breast cancer: an exploratory study]. *Psycho-Oncologie*, 1(4), 257-264. doi:10.1007/s11839-007-0048-7
- Crane, D. R., Busby, D. M., y Larson, J. H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *American Journal of Family Therapy*, 19(1), 60-66.
- Cuenca, M.L. (2013). Ajuste diádico en la pareja: revisión teórica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 177-189.
- Cuenca, M.L., Gómez, J. L. G., Fernández, M. E. P., y Rodríguez, J. M. A. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples. *Psicothema*, 25(4), 536-541.

- Cummings, E. M., y Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43(1), 31-63.
- Currier, J. M., Holland, J. M., y Neimeyer, R. A. (2009). Assumptive worldviews and problematic reactions to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 14(3), 181-195.
- D’Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- D’Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention (3ª ed.)*. Nueva York: Springer.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A.M., y Maydeu-Olivares, A. (1997). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory-Revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- D’Zurilla, T.J., y Maydeu-Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*, 26(3), 409-432.
- Dahlen, E. R., y Deffenbacher, J. L. (2001). Anger management. En W. J. Lyddon y J. V., Jr. John (Eds.). *Empirically supported cognitive-therapies. Current and future applications* (pp. 163-181). Nueva York: Springer.
- Daiuto, A. D., Baucom, D. H., Epstein, N., y Dutton, S. S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 663-687.
- Dagleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess Moser M., Lafontaine M.F., Wiebe S. A., y Tasca G.A. (2014). Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 276-291. doi:10.1111/jmft.12077
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C., y Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: a randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(3), 209-221. doi:10.1037/a0032772



- Dattilio, F.M. (2005). The restructuring of family schemas: a cognitive-behavior perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 15-30. doi:10.1111/j.1752-0606.2005.tb01540.x
- Davis, S. D., Lebow, J. L., y Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36-48.
- Dekel, R. (2010). Couple forgiveness, self-differentiation and secondary traumatization among wives of former POWS. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(7), 924-937. doi:10.1177/0265407510377216
- Dekel, R., Levinstein, Y., Siegel, A., Fridkin, S., y Svetlitzky, V. (2016). Secondary traumatization of partners of war veterans: the role of boundary ambiguity. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 63-71.
- Dekel, R., y Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303-309. doi:10.1016/j.avb.2010.03.001
- Dekel, R., y Solomon, Z. (2006). Marital relations among former prisoners of war: Contribution of posttraumatic stress disorder, aggression, and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 709-712. doi:10.1037/0893-3200.20.4.709
- Dekel, R., Solomon, Z., y Bleich, A. (2005). Emotional distress and marital adjustment of caregivers: contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(1), 71-82. doi:10.1080/10615800412336427
- Denton, W. H., Burleson, B. R., Clark, T. E., Rodriguez, C. P., y Hobbs, B. V. (2000). A randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 65-78.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., y Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: a randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(S1), 23-38. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x

- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., y Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(10), 788-796.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., y Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: a pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. doi:10.1080/01926180390232266
- Diener, E., Inglehart, R., y Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527. doi:10.1007/s11205-012-0076-y
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The Behavioral Consequences of Terrorism: A Meta-Analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
- DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894-904.
- Dimidjian, S. R., Martel, C. R., y Christensen, A. (2008). Integrative behavioral couple therapy. En A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4ª ed., pp. 73-103). Nueva York: The Guilford Press.
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., Adèr, H., y van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 217-226.
- Doncel, L. (20 de diciembre de 2016). Un hombre mata a 12 personas con un camión en Berlín y reaviva el miedo al terrorismo en Europa. *El País Internacional*. Recuperado el 4 de febrero de 2017 en [http://internacional.elpais.com/internacional/2016/12/19/actualidad/1482176155\\_449814.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2016/12/19/actualidad/1482176155_449814.html)
- Doss, B. D., Rowe, L. S., Morrison, K. R., Libet, J., Birchler, G. R., Madsen, J. W., y McQuaid, J. R. (2012). Couple therapy for military veterans: overall effectiveness and predictors of response. *Behavior Therapy*, 43(1), 216-227.
- Dyregrov, A., y Gjestad, R. (2011). Sexuality following the loss of a child. *Death Studies*, 35(4), 289-315. doi:10.1080/07481187.2010.527753

- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.
- Echeburúa E., y de Corral P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Echeburúa E., Corral P., y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Ein-Dor, T., Doron, G. K., Solomon, Z., Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 317-327. doi:10.1037/a0019500
- El Correo (20 de noviembre de 2015). Masacre en París: 130 muertos y 350 heridos. *Diario El Correo Edición Biskaia*. Recuperado el 4 de febrero de 2017 en <http://www.elcorreo.com/bizkaia/internacional/union-europea/201511/13/varios-muertos-heridos-tiroteo-20151113221732.html>
- Epstein, N. B., y Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: a contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, N. B., Werlinich, C. A., y LaTaillade, J. J. (2015). Couple therapy for partner aggression. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 389-411). Nueva York: The Guilford Press.
- Erbes, C. R., Meis, L. A., Polusny, M. A., y Arbisi, P.A. (2012). Psychiatric distress among spouses of National Guard soldiers prior to combat deployment. *Mental Health in Family Medicine*, 9, 161-169.

- Erbes, C. R., Meis, L. A., Polusny, M. A., Compton, J. S., y MacDermid Wadsworth, S. (2012). An examination of PTSD symptoms and relationship functioning in U.S. soldiers of the Iraq War over time. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 187-190. doi:10.1002/jts.21689
- Erel, O., y Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118, 108-132.
- Escalona, R., Canive, J. M., Calais, L. A., y Davidson, J. R. (2002). Fluvoxamine treatment in veterans with combat related post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 15(1), 29-33.
- Escudero, A., López, A., Gordillo, P., y Labrador, F. J. (2015). Tratamiento en terapia de pareja. Desarrollo histórico de la terapia de pareja. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 105-107). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Estupiñá, F. J. (2016). *Práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento psicológico de los trastornos depresivos: utilidad clínica y coste-efectividad* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Europol (2015). *European Union terrorism situation and trend report 2015* (TE-SAT, 2015). Recuperado el 29 de enero de 2017 de <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2015>
- Europol (2016). *European Union terrorism situation and trend report 2016* (TE-SAT, 2016). Recuperado el 29 de enero de 2017 de <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-te-sat-2016>
- Evans, L., Cowlishaw, S., Forbes, D., Parslow, R., y Lewis, V. (2010). Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 611-622.
- Evans, L., McHugh, T. Hopwood, M., y Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic of Vietnam veterans and their partner. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 37, 765-772.

- Fernández, E., Sainz, J., y Labrador, F. J. (2015a). Factores que intervienen en una relación de pareja. Aspectos afectivos. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 27-31). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, E., Sainz, J., y Labrador, F. J. (2015b). Factores que intervienen en una relación de pareja. Comunicación. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 38-43). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figley, C. R., y Kleber, R. J. (1995). Beyond the 'victim': secondary traumatic stress. En C. R. Figley y P. R. Berthold (Eds.), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics* (pp. 75-98). Nueva York: Plenum Press.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimization. En R. C. Davis, A. J. Lurigio y S. Herman (Eds.), *Victims of Crime* (3ª ed., pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finley, E. P., Baker, M., Pugh, M. J., y Peterson, A. (2010). Patterns and perceptions of intimate partner violence committed by returning veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Family Violence*, 25(8), 737-743.
- Fishbane, M. D. (2011). Facilitating relational empowerment in couple therapy. *Family Process*, 50(3), 337-352.
- Fishbane, M. D. (2014). "News from neuroscience": applications to couple therapy. En Th. Nelson y H. Winawer (Eds.), *Critical topics in family therapy* (pp. 83-92). Nueva York: Springer International Publishing.
- Fishbane, M. D. (2015). Couple therapy and interpersonal neurobiology. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 681-701). Nueva York: The Guilford Press.

- Fişiloğlu, H., y Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 214.
- Floyd, F. J., Markman, H. J., Kelly, S., Blumberg, S. L., y Stanley, S. M. (1995). Preventive intervention and relationship enhancement. En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 212-226). Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Foran, H. M., Whisman M. A., y Beach S. R. H. (2015). Intimate partner relationship distress in the DSM-5. *Family Process*, 54(1), 48-63. doi:10.1111/famp.12122
- Frančičković, T., Stevanović, A., Jelušić, I., Roganović, B., Klarić, M., y Grković, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal*, 48, 177-184.
- Franklin, G., Carson, A. J., y Welch, K. A. (2016). Cognitive behavioural therapy for depression: systematic review of imaging studies. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(02), 61-74.
- Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., y Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 280-291.
- Franz, V. A., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Mete, M., y Dutton, M. A. (2011). Predictors of the impact of the September 11th terrorist attacks on victims of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 530-537.

- Fredman, S. J., Monson, C. M., y Adair, K. C. (2011). Implementing cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD with the newest generation of veterans and their partners. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 120-130. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.007
- Fredman, S. J., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Wagner, A. C., Vorstenbosch, V., y Monson, C. M. (2016). Partner accommodation moderates treatment outcomes for couple therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 79-87.
- Fredman, S. J., Vorstenbosch, V., Wagner, A. C., Macdonald, A., y Monson, C. M. (2014). Partner accommodation in posttraumatic stress disorder: initial testing of the Significant Others' Responses to Trauma Scale (SORTS). *Journal of Anxiety Disorders, 28*(4), 372-381.
- Friedlander, M. (2009). Addressing systemic challenges in couple and family therapy research: introduction to the Special Section. *Psychotherapy Research, 19*(2), 129-132. doi:10.1080/10503300802672852
- Fundación Víctimas del Terrorismo (2014). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA, GRAPO y otros grupos y atentados del 11 de marzo*. Recuperado el 23 de julio de 2014 de <http://www.fundacionvt.org/>
- Funk, J. L., y Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology, 21*(4), 572.
- Gallagher, M., y Waite, L. (2000). *The case for marriage*. Why married people are happier, healthier, and better off financially. New York: Doubleday.
- Galovski, T., y Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 477-501. doi:10.1016/S1359-1789(03)00045-4
- García-Vera, M. P., Labrador, F. J., y Larroy García, C. (Eds.). (2008). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes: guía de autoayuda y pautas de intervención psicológica elaboradas tras los atentados del 11-M*. Madrid: Editorial Complutense.

- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2), 215-244.
- García-Vera, M. P., y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud*, 15(3), 355-385.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2006). Estrategias y técnicas psicológicas de autoayuda para el estrés agudo y postraumático derivado de catástrofes. En J. M. Arribas (Ed.), *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia* (2ª ed., Vol.3, pp. 1321-1333). Madrid: Jarpyo.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2008). El papel de las guías de auto-ayuda y las pautas de intervención psicológicas para los afectados por los atentados del 11-M. En M. P. García-Vera, F. J. Labrador y C. Larroy (Eds.), *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes*. Madrid: Editorial Complutense. Libro
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2011). Psychology applied to terrorism: psychological treatment for victims of terrorist attacks. En P. R. Martin, F. Cheung, M. Kyrios, L. Littlefield, M. Knowles, B. Overmier y J. M. Prieto (Eds.), *The IAAP Handbook of Applied Psychology* (pp. 663-683). Oxford: Blackwell Publishing.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: Estado de la cuestión. *Papeles del psicólogo*, 37(3), 198-204.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of literature of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328-359.



- Gebova, T., Bartle-Haring, S., Rashmi, G., Knerr, M., Ostrom-Dleaney, R., Meyer, K.,... Gafsky, E. (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy: multiple perspectives. *Journal of Family Therapy*, 33, 42-65. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00503.x.
- Gerlock A. A., Grimesey, J., y Sayre G. (2014) Military-related posttraumatic stress disorder and intimate relationship behaviors: a developing dyadic relationship model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 344-356.
- Gersten, J., Beals, J., y Kallgren, C. (1991). Epidemiology and preventive interventions: Parental death in childhood as a case example. *American Journal of Community Psychology*, 19, 481-499.
- Gesteira Santos, C. (2016). *Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés traumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Gilbar, O., Weinberg, M., y Gil, S. (2012). The effects of coping strategies on PTSD in victims of a terror attack and their spouses: testing dyadic dynamics using an actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(2), 246-261. doi:10.1177/0265407511426939
- Goering, P., Lin, E., Campbell, D., Boyle, M. H., y Offord, D. R. (1996). Psychiatric disability in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 564-571.
- Goff, B. S. N., Crow, J. R., Reisbig, A. M., y Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 344-353.
- Goff, B. S. N., Reisbig, A. M., Bole, A., Scheer, T., Hayes, E., Archuleta, K. L., y Sanders-Hahs, E. (2006). The effects of trauma on intimate relationships: a qualitative study with clinical couples. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 451-460.
- Goff, B. S. N., y Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: The couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145-157.

- Gold, J. I., Taft, C. T., Keehn, M. G., King, D. W., King, L. A., y Samper, R. E. (2007). PTSD symptom severity and family adjustment among female Vietnam veterans. *Military Psychology, 19*, 71-81. doi:10.1080/08995600701323368
- González Caro, C. (2006). Future of antidepressive pharmacotherapy. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*(1), 50-60.
- Gordon, K. C., Khaddouma, A. M., Baucom, D. H., y Snyder, D. K. (2015). Couple therapy and the treatment of affairs. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 412-444). Nueva York: The Guilford Press.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: experimental investigations*. Nueva York: Academic Press.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic: a scientifically based marital therapy*. Nueva York: Norton.
- Gottman, J. M. (2011). *The science of trust: emotional attunement for couples*. Nueva York: Norton.
- Gottman, J., Gottman, J. M., y Silver, N. (1995). *Why marriages succeed or fail: and how you can make yours last*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Gottman, J. M., y Levenson, R. W. (2002). A two-factor model for predicting when a couple will divorce: exploratory analyses using 14-year longitudinal data. *Family Process, 41*(1), 83-96. doi:10.1111/j.1545-5300.2002.40102000105.x
- Gottman, J. M., y Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. Nueva York: Three Rivers Press.
- Graham, J. M., Diebels, K. J., y Barnow, Z. B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: a reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 25*(1), 39-48.

- Graham, J. M., Liu, Y. J., y Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: a reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717.
- Graña, J. L., García, M. P., Fernández, I., Zapardiel, A., Morán, N., González, M., Gesteira, C., y Moreno, N. (2011). *Programa de tratamiento familiar para adolescentes que agreden a sus padres. Manual de trabajo con los padres*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Green, R. J., y Mitchell, V. (2015). Gay, lesbian and bisexual issues in couple therapy. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 489-511). Nueva York: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. S., y Johnson, S. M. (1993). In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 78-84. doi:10.1037/0022-006X.61.1.78
- Greenberg, L. S., y Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., y Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., y Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: affect, cognition, and the process of change*. Nueva York: Guilford Press.
- Greene, T., Lahav, Y., Bronstein, I., y Solomon, Z. (2014). The role of ex-POWs' PTSD symptoms and trajectories in wives' secondary traumatization. *Journal of Family Psychology*, 28(5), 666.
- Greenman, P. S., y Johnson, S. M. (2012). United we stand: emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68, 561-569. doi:10.1002/jclp.21853
- Greenman, P. S., y Johnson, S. M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: linking theory to practice. *Family Process*, 52, 46-61.

- Greenman, P. S., Young, M. Y., y Johnson, S. M. (2009). Emotionally focused couple therapy with intercultural couples. En M. Rastogi y V. Thomas (Eds.), *Multicultural couple therapy* (pp. 143-165). Los Angeles, CA: Sage.
- Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio (2004). *Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos*. Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.un.org/es/events/pastevents/a\\_more\\_secure\\_world/](http://www.un.org/es/events/pastevents/a_more_secure_world/)
- Gurman, A. S. (Ed.). (2008). *Clinical handbook of couple therapy*, 4ª ed. Nueva York: Guilford.
- Gurman, A. S. (2011). Couple therapy research and the practice of couple therapy: Can we talk? *Family Process*, 50, 280-292. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01360.x
- Gurman, A. S. (2015). The theory and practice of couple therapy history, contemporary models, and a framework for comparative analysis. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 1-18). Nueva York: The Guilford Press.
- Gurman, A. S., Lebow, J. L., y Snyder, D. K. (Eds.). (2015). *Clinical handbook of couple therapy*, 5ª ed. Nueva York: The Guilford Press.
- Gutiérrez Camacho, S. (2015). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Diez años de los atentados terroristas del 11-M: prevalencia a muy largo plazo de trastornos psicológicos en víctimas adultas del 11-M* (Trabajo fin de máster). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Hageman, I., Andersen, H. S., & Jørgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6), 411-422.
- Hahlweg, K., & Klann, N. (1997). The effectiveness of marital counselling in Germany: a contribution to health services research. *Journal of Family Psychology*, 11, 410-421. doi:10.1037//0893-3200.11.4.410-421

- Hahlweg, K., & Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy. Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Halchuk, R. E., Makinen, J., y Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: a three-year follow-up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9, 31-47. doi:10.1080/15332691.2011.613306
- Halford, W. K. (2001). *Brief couple therapy: helping partners to help themselves*. Nueva York: Guilford Press.
- Halford, W. K., y Bodenmann, G. (2013). Effects of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 512-525.
- Halford, W. K., Hayes, S., Christensen, A., Lambert, M. J., Baucom, D. H., y Atkins, D. C. (2012). Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43, 49-60. doi:10.1016/j.beth.2011.03.005
- Halford, W. K., Pepping C.A., y Petch J. (2015). The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 32-44. doi:10.1111/jmft.12120
- Halford, W. K., Sanders, M. R., y Behrens, B. C. (1993). A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 51-60. doi:10.1037/0022-006X.61.1.51
- Halford, W. K., y Snyder, D. K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship-education. *Behavior Therapy*, 43, 1-12. doi:10.1016/j.beth.2011.01.007
- Hamilton, S., Nelson Goff, B. S., Crow, J. R., y Reisbig, A. M. (2009). Primary trauma of female partners in a military sample: Individual symptoms and relationship satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 37, 336-346. doi:10.1080/01926180802529965
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.

- Hargrave, R. (1993). Serotonergic agents in the management of dementia and posttraumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 34(5), 461-462.
- Hayes, A., Qu, L., Weston, R., y Gray, M. (2010). *Families then and now: 1980-2010*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., y Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 18-27.
- Heberman, H. B., Fullerton, C. S., y Ursano, R. J. (2013). Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depression and Anxiety*, 30(12), 1202-1210.
- Hendrick, S. S., Dicke, A., y Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 137-142. doi:10.1177/0265407598151009.
- Hendrix, C. C., Erdmann, M. A., y Briggs, K. (1998). Impact of Vietnam veterans' arousal and avoidance on spouses' perceptions of family life. *American Journal of Family Therapy*, 26, 115-128. doi:10.1080/01926189808251092
- Henry, S. B., Smith, D. B., Archuleta, K. L., Sanders-Hahs, E., Goff, B. S. N., Reisbig, A. M., y Nye, B. (2011). Trauma and couples: mechanisms in dyadic functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 319-332.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Nueva York: Basic Books.
- Hills, M. (2002). *Fan cultures*. Londres: Routledge.
- Hinkle M. S., Groves Radomski J., y Decker K. M. (2015). Creative experiential interventions to heighten emotion and process in emotionally focused couples therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 23(3), 239-246.
- Hoge, E. A., Austin, E. D., y Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139-152.

- Holland, J., y Neimeyer, R. (2011) Separation and traumatic distress in prolonged grief: the role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 254-263.
- Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., y Fernandes, C. L. C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample. *Family Process*, 46(4), 485-498.
- Hooley, J. M., y Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 229-235.
- Huston, T. L., y Chorost, A. F. (1994). Behavioral buffers on the effect of negativity on marital satisfaction: A longitudinal study. *Personal Relationships*, 1(3), 223-239.
- Hutchinson, K., Montero, L., y Labrador F. J. (2015). Factores que intervienen en una relación de pareja. La importancia del entorno. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 53-59). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Hutti, M. H., Amstrong, D. S., Myers, J. A., y Hall, L. A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50.
- Iruarizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y González, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10, 195-206.
- Isen, A. M. (1999). On the relationship between affect and creative problem solving. *Affect, creative experience, and psychological adjustment*, 3, 3-17.
- Jacobson, N. S. (1989). The maintenance of treatment gains following social learning-based marital therapy. *Behavior Therapy*, 20, 325-336.
- Jacobson, N. S., y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change*. Nueva York: W. W. Norton.
- Jacobson, N. S., y Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: a therapist's guide to transforming relationships*. Nueva York: Norton.

- Jacobson, N. S., y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B., y Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jacobson, N. S., Schmalings, K., y Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: 2-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 187-196.
- Jakobsen, I., y Christiansen, E. (2011). Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 176-183.
- Johnson, C. L., y Barer, B. M. (2002). Life course effects of early parental loss among very old African Americans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(2), 108-116.
- Johnson, S. (2008). *Hold me tight: seven conversations for a lifetime of love*. Nueva York: Little, Brown and Company.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. Nueva York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy* (2ª ed.). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couples therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 47-52.



- Johnson, S. M. (2009). Extravagant emotion. En D. Fosha, D. J. Siegel y M. F. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion* (pp. 257-279). Nueva York: Norton.
- Johnson, S. M. (2015). Emotionally focused couple therapy. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 23-60). Nueva York: The Guilford Press.
- Johnson, S. M. y Bradley, B. (2009). Emotionally focused couple therapy: creating loving relationships. En J. H. Bray y M. Stanton (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of family psychology* (pp. 402-415). Hoboken, NJ: Wiley.
- Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D. et al. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. Nueva York: Taylor Francis Group.
- Johnson, S. M., y Courtois, C. A. (2009). Couple therapy. En C. A. Courtois y J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (pp. 371-390). Nueva York: Guilford Press.
- Johnson, S. M., y Greenberg, L. S. (1985). The differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184. doi:10.1037/0022-006X.53.2.175
- Johnson, S. M., y Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183. doi:10.1111/j.1752-0606.1988.tb00733.x
- Johnson, S. M., y Greenman, P. S. (2006). The path to a secure bond: emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 597-609. doi:10.1002/jclp.20251
- Johnson, S. M., Hunsley, L., Greenberg, L., y Schindler, D. (1999). Emotionally focused therapy for couples: status and challenges. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 6, 67-79. doi:10.1093/clipsy/6.1.67
- Johnson, S., y Lebow, J. (2000). The “coming of age” of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 23-38.

- Johnson, S. M., Makinen, J. A., y Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145-156.
- Johnson, S. M., Moser, M. B., Beckes, L., Smith, A., Dalgleish, T., Halchuk, R.,... Coan, J. A. (2013). Soothing the threatened brain: leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *PloS One*, 8(11), e79314. doi:10.1371/journal.pone.0079314
- Johnson, S. M., y Rheem, K. D. (2006). *Becoming a couple again: a post-deployment retreat for military couples*. Washington, DC: Strong Bonds-Strong Couples, Rheem Media.
- Johnson, S. M., y Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152. doi:10.1111/j.1752-0606.1997.tb00239.x
- Johnson, S. M., y Williams-Keeler, L. (1998). Creating Ealing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(1), 25-40. doi:10.1111/j.1752-0606.1998.tb01061.x
- Jones, E., y Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. Londres: Karnac Books.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., y Schlenger, W. E. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916-926. doi:10.1037/0022-006X.60.6.916
- Joronen, K., Kaunonen, M., y Aho, A. L. (2016). Parental relationship satisfaction after the death of a child. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 499-506. doi:10.1111/scs.12270
- Jose, A., y O'Leary, K. D. (2009). Prevalence of partner aggression in representative clinic samples. En K. D. O'Leary y E. M. Woodin (Eds.), *Psychological and physical aggression in couples: causes and interventions* (pp. 15-35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jun-Wei Wong A. (2014). *Testing claims of efficacy and mechanism of action for emotion focused couples therapy: a dyadic case study using time-series design* (Tesis doctoral). University of Tennessee, Knoxville, USA.

- Karvonen, A., Kykyri, V. L., Kaartinen, J., Penttonen, M., & Seikkula, J. (2016). Sympathetic nervous system synchrony in couple therapy. *Journal of marital and family therapy*.
- Karris, M., y Caldwell, B. E. (2015). Integrating emotionally focused therapy, self-compassion, and compassion-focused therapy to assist shame-prone couples who have experienced trauma. *The Family Journal*, 23(4), 346-357. doi:10.1177/1066480715601676
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*, 2<sup>a</sup> ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., y Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for combat-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90. doi:10.1037/0022-006X.56.1.85
- Keesee, N. J., Currier, J. M., y Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1145-1163. doi:10.1002/jclp.20502
- Kenny, D.A., y Ledermann, T. (2012). *Bibliography of actor-partner interdependence model*. Recuperado de <http://davidakenny.net/doc/apimbiblio.pdf>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Khaylis, A., Polusny, M. A., Erbes, C. R., Gewirtz, A., y Rath, M. (2011). Posttraumatic stress, family adjustment, and treatment preferences among National Guard soldiers deployed to OEF/OIF. *Military Medicine*, 176, 126-131.
- Kiecolt-Glaser, J. K., y Newton, T. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kirby, J. S., y Baucom, D. H. (2007). Treating emotion dysregulation in a couples context: a pilot study of a couples skills group intervention. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 375-391.

- Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., y Kroeger, C. (2011). The effectiveness of couple therapy in Germany: a replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 200-208. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00164.x
- Klein, K. J. K., y Hodges, S. D. (2001). Gender differences, motivation, and empathic accuracy: when it pays to understand. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 720-730. doi:10.1177/0146167201276007
- Knobloch-Fedders, L. M., Critchfield, K. L., Boisson, T., Woods, N., Bitman, R., y Durbin, C. E. (2014). Depression, relationship quality, and couples' demand/withdraw and demand/submit sequential interactions. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 264-279. doi:10.1037/a0035241
- Knobloch-Fedders, L. M., Knobloch, L. K., Durbin, C. E., Rosen, A., y Critchfield, K. L. (2013). Comparing the interpersonal behavior of distressed couples with and without depresión. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1250-1268.
- Koskela, H. (2011). *Lapseni elää aina sydämessäni: Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetin muotoutumisessa [My child will always live in my heart: The significance of the loss of a child in the development of a parent's spirituality]*. Tampere, Finland: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kramer, M. D., Krueger, R. F., y Hicks, B. M. (2008). The role of externalizing and internalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*, 38, 51-61. doi:10.1017/S0033291707001572
- Kramp, U. (2012). Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos. *Psicothema*, 24(4), 529-535.
- Krishnakumar, A., y Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: a meta-analytic review. *Family Relations*, 49, 25-44.
- Krueger A. B., y Malecková, J. (2003). Education, poverty and terrorism: is there a casual connection? *Journal of Economic Perspectives*, 17, 119-144.

- Kung, W. W. (2000). The intertwined relationship between depression and marital distress: Elements of marital therapy conducive to effective treatment outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 51-63.
- Kurdek, L. A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 22.
- Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K., y Alexander, G. C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: Disorder, development, and social context. *General Hospital Psychiatry*, 29, 317-324. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.04.001
- Laakso, H., y Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 176-185.
- Labrador, F. J. (Coord.). (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja: evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., y Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: a meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 26, 729-737.
- Lambert, J. E., Hasbun, A., Engh, R., y Holzer, J. (2015). Veteran PTSS and spouse relationship quality: the importance of dyadic coping. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(5), 493-499.
- Lambert, J. E., Holzer, J., Hasbun, A. (2014). Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 9-17. doi:10.1002/jts.21891
- LaMotte, A. D., Taft, C. T., Reardon, A. F., y Miller, M. W. (2015). Veterans' PTSD symptoms and their partners' desired changes in key relationship domains. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(5), 479-484.
- Laurent, S. M., y Hodges, S. D. (2009). Gender roles and empathic accuracy: the role of communion in reading minds. *Sex Roles*, 60, 387-398. doi:10.1007/s11199-008-9544-x

- Lebow, J. L. (2015). Separation and divorce issues in couple therapy. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 445-466). Nueva York: The Guilford Press.
- Lebow, J., Chambers, A., Christensen, A., y Johnson, S. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 145-168. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00249.x
- Leopold, T., y Lechner, C.M. (2015). Parents' Death and Adult Well-being: Gender, Age, and Adaptation to Filial Bereavement. *Journal of Marriage and Family*, 77, 747-760.
- Lev-Wiesel, R., y Amir, M. (2001). Secondary traumatic stress, psychological distress, sharing of traumatic reminiscences, and marital quality among spouses of Holocaust child survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 433-444. doi:10.1111/j.1752-0606.2001.tb00338.x
- Ley 29/2011, de 22 de septiembre de 2011, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Boletín Oficial del Estado (BOE). Madrid, 23 de septiembre de 2011, nº 229, pp. 100566-100592.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., y Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361(9355), 363-367.
- Li, J., Vestergaard, M., Cnattingius, S., Gisser, M., Bech, B. H., Obel, C., y Oslen, J. (2014). Mortality after parental death in childhood: a nationwide cohort study from three Nordic countries. *PLoS Med*, 11(7), e1001679.
- Lim, B. K., y Ivey, D. (2000). The assessment of marital adjustment with Chinese populations: A study of the psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale. *Contemporary Family Therapy*, 22(4), 453-465.
- Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., y Luecken, L. J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 673-683.

- Loinaz, I., Echeburúa, E., Ortiz-Tallo, M., y Amor, P. J. (2012). Propiedades psicométricas de la Conflict Tactics Scales (CTS-2) en una muestra española de agresores de pareja. *Psicothema*, 24(1), 142-148.
- López, R. R. (2014). *Informe Foronda: los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas, 1968-2010*. Instituto de Historia Social Valentín de Foronda, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.
- López Vantour, A., Aroche Arzuaga, A., Bestard Romero, J., y Ocaña Fontela, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14(4), 555-566.
- Luecken, L. J. (2008). Long-term consequences of parental death in childhood: Physiological and psychological manifestations. En M. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (pp. 397-416). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Luecken, L. J., y Roubinov, D. S. (2012). Pathways to lifespan health following childhood parental death. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(3), 243-257.
- Luecken, L. J., Appelhans, B. M., Kraft, A., y Brown, A. (2006). Never far from home: A cognitive-affective model of the impact of early-life family relationships on physiological stress responses in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 189-203.
- Lundblad, A., y Hansson, K. (2006). Couples therapy: effectiveness of treatment and longterm follow-up. *Journal of Family Therapy*, 28(2), 136-152. doi:10.1111/j.1467-6427.2006.00343.x
- Ma, Y. (2015). Neuropsychological mechanism underlying antidepressant effect: a systematic meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 20(3), 311-319.
- Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Wagner, A. C., Fredman, S. J., y Monson, C. M. (2016). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD improves various PTSD symptoms and trauma-related cognitions: results from a randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 1, 157-162.

- Macintosh, H. B., y Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315. doi:10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
- MacIntosh, H. B., y Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315.
- Magán Uceda, I. (2010). *Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, V. (2010a). *Desarrollo y validación de una medida de pensamientos específicos de la ira y la hostilidad: el Inventario de Pensamientos Relacionados con la Ira-Hostilidad (IPRI)* (Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, V. (2010b). *Desarrollo y validación de una medida de actitudes y creencias específicas de la ira y la hostilidad: el Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-Hostilidad (IACRI)* (Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Makinen, J. A., y Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1055-1064. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1055
- Mancini, A. D., Patri, G., y Black, S. (2011). Self-worth mediate the effects of violent loss on PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 116-120.
- Mancini, A. D., Prati, G., y Bonanno, G. A. (2011). Do shattered worldviews lead to complicated grief? Prospective and longitudinal analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 184-215.
- Manguno-Mire, G., Sautter, F., Lyons, J., Myers, L., Perry, D., Sherman, M., Glynn, S., y Sullivan, G. (2007). Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 144-151. doi:10.1097/01.nmd.0000254755.53549.69



- Mansdorf, I. J. (2008). Psychological interventions following terrorist attacks. *British Medical Bulletin*, 88, 7-22. doi:10.1093/bmb/ldn041
- Mansfield, A. J., Kaufman, J. S., Marshall, S. W., Gaynes, B. N., Morrissey, J. P., y Engel, C. C. (2010). Deployment and the use of mental health services among U.S. Army wives. *The New England Journal of Medicine*, 362, 101-109. doi:10.1056/NEJMoa0900177
- Markman, H. J. (1991). Constructive marital conflict is not an oxymoron. *Behavioral Assessment*, 13, 83-96.
- Marks, N. F., Jun, H., y Song, J. (2007). Death of parents and adult psychological and physical well-being: a prospective U.S. national study. *Journal of Family Issues*, 28, 1611-1638.
- Martín, A. (11 de marzo de 2014). Los atentados del 11M que sacudieron España. *RTVE, Noticias, Especiales, 10º aniversario del 11M*. Recuperado el 8 de marzo de 2017 de <http://www.rtve.es/noticias/20140311/atentados-del-11m-sacudieron-espana/893543.shtml>
- Martino, P. (2014). Un análisis de las estrechas relaciones entre el estrés y la depresión desde la perspectiva psiconeuroendocrinológica: el rol central del cortisol. *Cuadernos de Neuropsicología*, 8(1), 60-75.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., y Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 146-167.
- Maydeu-Olivares, A., y D’Zurilla, T. J. (1997). The factor structure of the Problem-Solving Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 13(3), 206-215.
- Maydeu-Olivares, A., y D’Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: an integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 115-133.
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez, A., Gómez-Benito, J., y D’Zurilla, (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29, 699-708.

- McCann, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., y Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33(4), 529-550.
- McGonagle, K. A., Kessler, R. C., y Schilling, E. A. (1992). The frequency and determinants of marital disagreements in a community sample. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(4), 507-524.
- Meffert, S. M., Henn-Haase, C., Metzler, T. J., Qian, M., Best, S., Hirschfeld, A., McCaslin, S., Inslicht, S., Neylan, T. C., y Marmar, C. R. (2014). Prospective study of police officer spouse/partners: a new pathway to secondary trauma and relationship violence? *PloS One*, 9(7), e100663.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Ontario: Institute Press.
- Meis, L. A., Erbes, C. R., Polusney, M. A., y Compton, J. S. (2010). Intimate relationships among returning soldiers: Mediating and moderating roles of negative emotionality, PTSD symptoms and alcohol problems. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 546-572. doi:0.1002/jts.20560
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker, M., y Brent, D.A. (2011). The course of grief in children bereavement by sudden paternal death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911-919.
- Menendez, A. M., Molloy, J., y Corrigan, M. M. (2006) Health responses of New York City firefighter spouses and their families post-September 11, 2001 terrorist attacks. *Mental Health Nursing*, 27, 905-917.
- Meneses, C. W., y Greenberg, L. S. (2011). The construction of a model of the process of couples' forgiveness in emotion-focused therapy for couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 491-502. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00234.x

- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., y Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 69-80.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Ordi, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud, 15*, 293-304.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology, 35*, 53-152.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. Nueva York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., y Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: a study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress y Coping, 8*, 203-213. doi:10.1080/10615809508249373
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., y Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotional regulation and posttraumatic adjustment. En D. K. Snyder, J. A. Simpson y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families* (pp. 77-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, M. M., y Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy, 38*, 58-71. doi:10.1016/j.beth.2006.04.003
- Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas, 8*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000161&a=Tratamiento-integrado-del-trastorno-de-estres-postraumatico>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., y Fishman, C. H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Monroe, S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 33-52.
- Monson, C. M., y Fredman, S. J. (2012). *Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: harnessing the healing power of relationships*. Nueva York: Guilford Press.
- Monson, C. M., y Fredman, S. J. (2015). Couple therapy and posttraumatic stress disorder. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 531-554). Nueva York: The Guilford Press.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., y Adair, K. C. (2008). Cognitive behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: application to Operation Enduring and Iraqi Freedom veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 958-971. doi:10.1002/jclp.20511
- Monson, C. M., Fredman, S. J., y Dekel, R. (2010). Posttraumatic stress disorder in an interpersonal context. En J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment* (pp. 179-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Adair, K. C., Stevens, S. P., Resick, P. A., Schnurr, P. P., y Macdonald, A. M. (2011). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 97-101.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., y Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 308, 700-709. doi:10.1001/jama.2012.9307
- Monson, C. M., Gradus, J. L., La Bash, H. A. J., Griffen, M. G., y Resick, P. A. (2009). The role of couples interacting world assumptions and relationship adjustment in women's post disaster PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 276-281. doi:10.1002/jts.20432
- Monson, C. M., Gradus, J. L., Young-Xu, Y., Schnurr, P. P., Price, J. L., y Schumm, J. A. (2008). Change in posttraumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree? *Psychological Assessment*, 20, 131-138. doi:10.1037/1040-3590.20.2.131

- Monson, C. M., Macdonald, A., Vorstenbosch, V., Shnaider, P., Goldstein, E. S. R., Ferrier-Auerbach A. G., y Mocchiola, K. E. (2012). Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: effects of treatment and association with PTSD symptom change. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 519-526. doi:10.1002/jts.21735
- Monson, C. M., Rodriguez, B. F., y Warner, R. (2005). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in the real world: Do interpersonal relationships make a real difference? *Journal of Clinical Psychology, 61*(6), 751-761.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Stevens, S. P., y Guthrie, K. A. (2004). Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder: Initial findings. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 341-344. doi:10.1023/B: JOTS.0000038483.69570.5b
- Monson, C. M., Stevens, S. P., y Schnurr, P. P. (2005). Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder. En T. A. Corales (Ed.), *Focus on posttraumatic stress disorder research* (pp. 245-274). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Monson, C. M., Taft, C. T., y Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clinical Psychological Review, 29*, 707-714. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.002
- Moore, B. A. (Ed.). (2012). *Handbook of counseling military couples*. Nueva York: Taylor y Francis.
- Moos, R. H., y Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Moos, R. H., Moos, B. S., y Trickett, E. (1984). *Escala de clima social: Familia (FES), trabajo (WES), instituciones penitenciarias (CIES), centro escolar (CES)* (Adaptación española de Seisdedos, N., de la Cruz, M. V., y Cordero, A.). Madrid: TEA.
- Moreno Pérez, N. P., (2016). *Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

- Morina, N., Emmerik, A. A., Andrews, B., y Brewin, C. R. (2014). Comparison of DSM-IV and proposed ICD-11 formulations of PTSD among civilian survivors of war and war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 647-654.
- Moser, M. B., y Johnson, S. (2008). The integration of systems and humanistic approaches in emotional focused therapy for couples. *Person-centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 262-278. doi:1477-9757/08/04262-1
- Mucio-Ramírez, J. S. (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opiodes. *Revista Educación Bioquímica*, 26(4), 121-128.
- Naaman, S. C. (2008). *Evaluation of the clinical efficacy of emotionally focused couples therapy on psychosocial adjustment and natural killer cell cytotoxicity in early breast cancer* (Tesis doctoral). University of Ottawa, Ontario, Canada.
- Naaman, S., Pappas, J. D., Makinen, J., Zuccarini, D., y Johnson-Douglas, S. (2005). Treating attachment injured couples with emotionally focused therapy: a case study approach. *Psychiatry*, 68, 55-77. doi:10.1521/psyc.68.1.55.64183
- Nakonezny, P. A., Reddick, R., y Rodgers, J. L. (2004). Did divorces decline alter the Oklahoma City bombing? *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 90-100.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., y Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981. doi:10.1037/0033-2909.126.6.964
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2013). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2012*. Recuperado el 22 de septiembre de 2016 de <http://www.state.gov/documents/organization/210288.pdf>
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2014). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2013*. Recuperado el 22 de septiembre de 2016 de <http://www.state.gov/documents/organization/225043.pdf>
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2015). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014*. Recuperado el 30 de septiembre de 2016 de <http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>

- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2016). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2015*. Recuperado el 29 de enero de 2017 de <https://www.state.gov/documents/organization/258249.pdf>
- Nelson Goff, B. S., Summers, K., Hartman, K., Billings, A., Chevalier, M., Hermes, A. H., y Monk, J. K. (2015). Disclosure of war deployment experiences: a qualitative study of the relationship impact on military couples. *Military Behavioral Health*, 3(3), 190-198.
- Neria, Y., Gross, R., y Marshall, R. (2006). Mental health in the wake of terrorism: making sense of mass casualty trauma. En Y. Neria, R. Gross y R. Marshall (Eds.), *9(11): mental health in the wake of terrorist attacks* (pp. 89-117). Nueva York: Cambridge University Press.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh, E. J., Kishon, R., Cook, J., y Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251-262.
- Nezu, A. M., y Nezu, C. M. (2008). The “devil is in the details”: recognizing and dealing with threats to validity in randomized controlled trials. En A. M. Nezu y C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: a practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 3-24). Nueva York: Oxford University Press.
- Noller, P., Beach, S., y Osgarby, S. (1997). Cognitive and affective processes in marriage. En W. K. Halford y H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples* (pp. 43-71). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi:10.1037/a0022161
- Novak, J. R., Sandberg, J. G., Stucki, B., Young, S., Brown, A., Schade, L., y Holt-Lunstad, J., (2016). A contextual analysis of high-fidelity and low-fidelity sessions in emotion-focused couples therapy. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 15, 36-60.

- O`Leary, K. D. (2008). Couple therapy and physical aggression. En A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (4ª ed., pp. 478-498). Nueva York: Guilford.
- O`Leary, K. D., Christian, J. L., y Mendell, N. R. (1994). A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(1), 33-41.
- Ochsner, K. N., Silvers, J. A., y Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), E1-E24.
- Olano, S., Hernández, E., y Labrador. F. J. (2015). Aspectos básicos en una relación de pareja. Factores que intervienen en una relación de pareja. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 25-27). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Olmo, J. M. (30 de diciembre de 2014). Casi doscientos de 665 etarras encarcelados han salido de prisión bajo este Gobierno. *El Confidencial*. Recuperado de [http://www.elconfidencial.com/espana/2014-12-30/las-carceles-se-vacian-de-etarras-ya-han-salido-200-desde-el-inicio-de-la-legislatura\\_614716/](http://www.elconfidencial.com/espana/2014-12-30/las-carceles-se-vacian-de-etarras-ya-han-salido-200-desde-el-inicio-de-la-legislatura_614716/)
- Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) (2014). *Marriage and divorce rates [Tasas de matrimonio y divorcios]*. Recuperado el 4 de febrero de 2017 de [http://www.oecd.org/social/family/SF\\_3\\_1\\_Marriage\\_and\\_divorce\\_rates.pdf](http://www.oecd.org/social/family/SF_3_1_Marriage_and_divorce_rates.pdf)
- Otto, M. W., Fava, M., Penava, S. J., Bless, E., Muller, R. T., y Rosenbaum, J. F. (1997). Life event, mood, and cognitive predictors of perceived stress before and after treatment for major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 21(4), 409-420.
- Papernow, P. L. (2015), Therapy with couples in stepfamilies. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 23-60). Nueva York: The Guilford Press.
- Pasch, L. A., y Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 219-230.



- Penava, S. J., Otto, M. W., Pollack, M. H., y Rosenbaum, J. F. (1996). Current status of pharmacotherapy for PTSD: an effect size analysis of controlled studies. *Depression and Anxiety*, 4(5), 240-242.
- Pepping, C. A., Halford, W. K., y Doss, B. D. (2015). Can we predict failure in couple therapy early enough to enhance outcome? *Behaviour Research and Therapy*, 65, 60-66. doi:10.1016/j.brat.2014.12.015
- Pereda, N. (2012). Menores víctimas del terrorismo: una aproximación desde la victimología del desarrollo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 13-24.
- Perissutti, C., y Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs. traditional behavioral couple therapy: a theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud* 24, 11-18.
- Petch, J., Lee, J., Huntingdon, B., y Murray, J. (2014). Couple counselling outcomes in an Australian not for profit: evidence for the effectiveness of counselling conducted within routine practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35, 445-461. doi:10.1002/anzf.1074.
- Petersen, S., y Rafuls, S. E. (1998). Receiving the scepter: the generational transition and impact of parent death on adults. *Death Studies*, 22, 293-524.
- Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., Tucker, P. M., Tivis, R. D., Moore, V. L., Gurwitch, R. H., y Geis, H. K. (1999). Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1372-1379.
- Pfefferbaum, B., North, C., Bunch, K., Wilson, T., y Schorr, J. (2002). The impact of the 1995 Oklahoma City bombing on partners of firefighters. *Journal of Urban Health* 79, 364-372.
- Polster, E., y Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. Nueva York: Vintage Books.
- Possick, C., y Sadeh, R.A. (2008). Parent's experience and meaning construction of the loss of a child in a national terror attack. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(1), 93-102.

- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., y Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Pukay-Martin, N. D., Torbit L., Landy, M., Wanklyn S. G., Shnaider, P., Lane J. E. M., y Monson, C. M. (2015). An uncontrolled trial of a present-focused cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 302-312. doi:10.1002/jclp.22166
- Ragan, P. V., y McGlashan, T. H. (1986). Childhood parental death and adult psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 143, 153-157.
- Ramirez, J. M. (2006). Química de la agresión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 5, 43-66.
- Redondo Rodríguez, N. (2012). *Eficacia de un programa de tratamiento psicológico para maltratadores* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., y Sanz, J. (2014). *La Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Valencia (España), 11-13 de septiembre.
- Rehman, U. S., Gollan, J., y Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 179-198.
- Renshaw, K. D., y Campbell, S. B. (2011). Combat veterans' symptoms of PTSD and partners' distress: the role of partners' perceptions of veterans' deployment experiences. *Journal of Family Psychology*, 25, 953-962. doi:10.1037/a0025871
- Renshaw, K. D., Allen, E. S., Rhoades, G. K., Blais, R. K., Markman, H. J., y Stanley, S. M. (2011). Distress in spouses of service members with symptoms of combat-related PTSD: secondary traumatic stress or general psychological distress? *Journal of Family Psychology*, 25, 461-469. doi:10.1037/a0023994

- Renshaw, K. D., Rodebaugh, T. L., y Rodrigues, C. S. (2010). Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 743-750.
- Renshaw, K. D., Rodrigues, C. S., y Jones, D. H. (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom: relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22, 586-594. doi:10.1037/0893-3200.22.3.586
- Renshaw, K. D., Rodrigues, C. S., y Jones, D. H. (2009). Combat exposure, psychological symptoms, and marital satisfaction in National Guard soldiers who served in Operation Iraqi Freedom from 2005 to 2006. *Anxiety, Stress y Coping*, 22, 101-115. doi:10.1080/10615800802354000
- Renshaw, K. D., Steketee, G., y Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.
- Resick, P. A., Monson, C. M., y Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy: veteran/military manual*. Cincinnati, OH: Veterans Administration.
- Rheem, K. D., Woolley, S. R., y Weissman, N. (2012). Using emotionally focused couples therapy with military couples. En B. A. Moore (Ed.), *Handbook of counseling military couples* (pp. 89-112). Nueva York: Routledge.
- Riggs, D. S., y O'Leary, K. D. (1989). A theoretical model of courtship aggression. En M. A. Pirog-Good y J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationships* (pp. 53-71). Nueva York: Praeger.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., y Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87-101. doi:0894-9867/98/0100-0087
- Rivera, D., Cruz, C., y Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las relaciones de pareja en la adultez emergente: el rol del apego, la intimidad y la depresión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 77-83.

- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., y McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140, 140-187.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Romo, S., y Labrador, F. J. (2015). Factores que intervienen en una relación de pareja. Consideraciones a la relación de pareja. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 59-66). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rostila, M., y Saarela, J. M. (2011). Time does not heal all wounds: mortality following the death of a parent. *Journal of Marriage and Family*, 73, 236-249. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00801.x
- Ruppert, F. (2012). *Trauma, vínculo y constelaciones familiares*. Mexico: Editorial Paidós.
- Sahuquillo, M. R. (30 de marzo de 2016). Bélgica reduce a 32 el balance de muertos en los atentados de Bruselas. *El País Internacional*. Recuperado el 4 de febrero de 2017 de [http://internacional.elpais.com/internacional/2016/03/29/actualidad/1459271651\\_778541.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2016/03/29/actualidad/1459271651_778541.html)
- Saitzyk, A. R., Floyd, F. J., y Kroll, A. B. (1997). Sequential analysis of autonomy-interdependence and affiliation-disaffiliation in couples' social support interactions. *Personal Relationships*, 4(4), 341-360.
- Salakari, A., Kaunonen, M., y Aho, A. (2014). Negative changes in a couple's relationship after a child's death. *Interpersona*, 8(2), 193-209. doi:10.5964/ijpr.v8i2.166.
- Salazar, D., Suárez, C., y Labrador, F. J. (2015). Factores que intervienen en una relación de pareja. Sexualidad. En F. J. Labrador (Coord.), *Intervención psicológica en terapia de pareja* (pp. 46-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11(96). doi:10.1186/1471-244X-11-96

- Salvatore, J. E., Kuo, S. I. C., Steele, R. D., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2011). Recovering from conflict in romantic relationships: a developmental perspective. *Psychological Science*, 22(3), 376-383.
- Sandberg, J. G. (2011). Introduction to the special section on learning emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 377-379.
- Sandberg, J. G., Miller, R. B., y Harper, J. M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51, 256-264. doi:10.1111/j.1741-3729.2002.00256.X
- Sandler, I. N. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*, 29, 19-61.
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Kwok, O. M., Haine, R. A. et al. (2003). The family bereavement program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 587-600.
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Ayers, T. S., Tein, J-Y, Coxe, S., y Chow, W. (2008). Linking theory and intervention to promote resilience in parentally-bereaved children. En M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (pp. 531-550). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Sandler, I., Ayers, T. S., Tein, J. Y., Wolchik, A., Millsap, R., Khoo, S. T. et al. (2010). Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally-bereaved youth: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), 907-914.
- Santos-Iglesias P., Vallejo-Medina P., y Sierra J. C. (2007). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi:10.1016/S1130-5274(14)70025-8
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2012). *Propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* (Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., y Fortún, M. (2005). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires (Argentina), 1-2 de julio de 2005.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., y Fortún, M. (2011). *Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R) en población general española* (Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sautter, F. J., Armelie, A. P., Glynn, S. M., y Wielt, D. B. (2011). The development of a couple-based treatment for PTSD in returning veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 63-69.
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Arsenau J. R., Cretu J. B., y Yufi T. (2014). Structured approach therapy for PTSD in returning veterans and their partners: pilot findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S66-S72.
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Cretu, J. B., Senturk, D., y Vaught, A. S. (2015). Efficacy of structured approach therapy in reducing PTSD in returning veterans: a randomized clinical trial. *Psychological Services*, 12(3), 199-212.
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Thompson, K. E., Franklin, L., y Han, X. (2009). A couple-based approach to the reduction of PTSD avoidance symptoms: preliminary findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 343-349. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00125.x

- Sayers, S. L., Farrow, V., Ross, J., y Oslin, D. W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 163-170.
- Schafer, M. H. (2009). Parental death and subjective age: indelible imprints from early in the life course? *Sociological Inquiry*, 79(1), 75-97. doi:10.1111/j.1475-682X.2008.00270.x
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, E. J., Amsel, L. y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 169, 80-88.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., y Gray, M. J. (2007). Coping style use predict posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344-350.
- Schumm, J. A., Fredman, S. F., Monson, C. M., y Chard, K. M. (2013). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: initial findings for Operations Enduring and Iraqi Freedom male combat veterans and their partners. *American Journal of Family Therapy*, 41, 277-287. doi:10.1080/01926187.2012.701592
- Schumm, J. A., Monson, C. M., O'Farrell, T. J., Gustin, N. G., y Chard, K. M. (2015). Couple treatment for alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: pilot results from U.S. military veterans and their partners. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 247-252.
- Schumm, W. R., Paff-Bergen, L. A., Hatch, R. C., Obiorah, F. C., Copeland, J. M., Meens, L. D., y Bugaighis, M. A. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 381-387.
- Schwartz, L., Slater, M. A., Birchler, G. R., y Atkinson, J. H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44, 61-67. doi:10.1016/0304-3959(91)90148-Q
- Seabra, C., Abrantes, J. L., y Kastenholz, E. (2014). The influence of terrorism risk perception on purchase involvement and safety concern of international travellers. *Journal of Marketing Management*, 30(9-10), 874-903. doi:10.1080/0267257X.2014.934904

- Secretario General de las Naciones Unidas (2005). *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos. Informe del Secretario General*. A/59/2005. Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/largerfreedom/contents.htm>
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Segrin, C., y Fitzpatrick, M. A. (1992). Depression and verbal aggressiveness in different marital couple types. *Communication Studies*, 43(2), 79-91.
- Servaty-Seib, H. L., y Pistole, M. C. (2007). Adolescent grief: relationship category and emotional closeness. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54(2), 147-167.
- Shadish, W. R., y Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of marriage and family therapy interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x
- Shadish, W. R., y Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 6-14.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., y Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 992-1002. doi/10.1037/0022-006X.61.6.992.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., y Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630-637.
- Shamai, M., y Kimhi, S. (2007). Teenagers response to threat of war and terror: gender and the role of social systems. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 359-374.



- Shamai, M., y Lev, R. (1999). Marital quality among couples living under the threat of forced relocation: the case of families on the Golan Heights. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 237-252.
- Shamai, M., Fogel, S., y Gilad, D. (2016). Experiencing couple relationships in the line of fire. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(3), 550-563. doi:10.1111/jmft.12147.
- Shamai, M., Kimhi, S., y Enosh, G. (2007). Social systems and personal reactions to threats of war and terror. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(5), 747-764. doi:10.1177/0265407507081463
- Sharabi L. L., Delaney A. L., y Knobloch L. K. (2015). In their own words: how clinical depression affects romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(4), 421-488. doi:10.1177/0265407515578820
- Sharpley, C. F., y Rogers, H. J. (1984). Preliminary validation of the Abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement*, 44(4), 1045-1049.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57, 1291-1297.
- Sherman, M. D., Sautter, F., Jackson, M. H., Lyons, J. A., y Han, X. (2006). Domestic violence in veterans with posttraumatic stress disorder who seek couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 479-490.
- Shnaider, P., Pukay-Martin, N. D., Fredman, S. J., Macdonald, A., y Monson, C. M. (2014). Effects of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD on partners' psychological functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 129-136.
- Shnaider, P., Pukay-Martin, N. D., Sharma, S., Jenzer, T., Fredman, S. J., Macdonald, A., y Monson, C. M. (2015). A preliminary examination of the effects of pretreatment relationship satisfaction on treatment outcomes in cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), 229-238. doi:10.1037/cfp0000050

- Shou, H., Yang, Z., Satterthwaite, T. D., Cook, P. A., Bruce, S. E., Shinohara, R. T., y Sheline, Y. I. (2017). Cognitive behavioral therapy increases amygdala connectivity with the cognitive control network in both MDD and PTSD. *NeuroImage: Clinical*, 14, 464-470.
- Siegle, G. J., Thompson, W., Carter, C. S., Steinhauer, S. R., y Thase, M. E. (2007). Increased amygdala and decreased dorsolateral prefrontal BOLD responses in unipolar depression: related and independent features. *Biological Psychiatry*, 61(2), 198-209.
- Silverman, P., y Worden, J. (1992). Children's reactions in the early months after the death of a parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 93-104.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., y Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Snyder, D. K., y Halford, W. K. (2012). Evidence based couple therapy: current status and future directions. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 229-249. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00599.x
- Snyder, D. K., Heyman, R. E., y Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment*, 17(3), 288-307.
- Snyder, D. K., y Whisman, M. A. (Eds.). (2003). *Treating difficult couples: helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Snyder, D. K., y Wills, R. M. (1989). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 39-46.
- Solomon, Z. (1988). The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. *Psychiatry*, 51(3), 323-329.
- Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G., y Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues*, 32(1), 127-147.
- Solomon, Z., Dekel, R., y Zerach, G. (2009). Posttraumatic stress disorder and marital adjustment: the mediating role of forgiveness. *Family Process*, 48, 546-558

- Song, J., Floyd, F. J., Mailick, M., Greenberg, J. S., Hong, J. (2010). Long-term effects of child death on parents' health-related quality of life: a dyadic analysis. *Family Relations*, 59, 269-282.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spanier, G. B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 92-94.
- Spanier, G. B., y Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 731-738.
- Spasojević, J., Heffer, R. W., y Snyder, D. K. (2000). Effects of posttraumatic stress and acculturation on marital functioning in Bosnian refugee couples. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 205-217.
- Spilerman, S., y Stecklov, G. (2009). Societal responses to terrorist attacks. *The Annual Review of Sociology*, 35, 167-89. doi:10.1146/annurev-soc-070308-120001
- Sprenkle, D. H. (2012). Intervention research in couple and family therapy: a methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 3-29.
- Stein, D. J., Ipser, J. C., Seedat, S., Sager, C., y Amos, T. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002795. doi:10.1002/14651858.CD002795.pub2
- Stith, S. M., y McCollum, E. E. (2012). Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 312-318. doi:10.1016/j.avb.2011.04.012
- Stith, S., Penn, C., Ward, D., y Tritt, D. (2003). Partner violence assessment. En K. Jordan (Ed.), *Handbook of couple and family assessment* (pp. 187-210). Nueva York: Hauppauge.
- Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., y Nowotny, E. (2015). Couple and family therapy outcome research in the previous decade: What does the

- evidence tell us? *Contemporary Family Therapy*, 37(1), 1-12. doi:10.1007/s10591-014-9314-6
- Straus, M. A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scales: a study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research*, 38(4), 407-432.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., McCoy, S. B., y Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316. doi:10.1177/019251396017003001
- Sullivan, L. J., y Baucom, D. H. (2005). Observacional coding of relationship-schematic-processing. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 31-43.
- Taft, C. T., Monson, C. M., Schumm, J. A., Watkins, L. E., Panuzio, J., y Resick, P. A. (2009). Posttraumatic stress symptoms, relationship adjustment, and relationship aggression in a sample of female flood victims. *Journal of Family Violence*, 24, 389-396. doi:0.1007/s10896-009-9241-8
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., y Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 22-33. doi:10.1037/a0022196
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Jansma, E. P., Veltman, D. J., y van Balkom, A. J. (2014). Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 1-15.
- Tie, S., y Poulsen, S. (2013). Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 557-567. doi:10.1007/s10591-013-9238-6
- Tilden, T., Gude, T., y Hoffart, A. (2010). The course of dyadic adjustment and depressive symptoms during and after couples therapy: a prospective follow-up study of inpatient treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 43-58. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00187.x.

- Tilley, D., y Palmer, G. (2013). Enactments in emotionally focused couple therapy: shaping moments of contact and change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 299-313.
- Toller, P. W., y Braithwaite, D. O. (2009). Grieving together and apart: bereaved parents' contradictions of marital interaction. *Journal of Applied Communication Research*, 37(3), 257-277.
- Ugazio, V. (2013). *Semantic polarities and psychopathologies in the family: permitted and forbidden stories*. Londres: Routledge.
- Valderrama, M. D., y Hernández, M. (15 de julio de 2016). Atentado en Niza: al menos 84 muertos y 50 heridos críticos en un ataque terrorista con un camión. *El Mundo*. Recuperado el 4 de febrero de 2017 de <http://www.elmundo.es/internacional/2016/07/14/57880490e2704ebe158b4641.html>
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., y Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Nueva York: Guilford Press.
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., y Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: a 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(4), 368-372.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Pérez-Sales, P. (2008). Chronic thought suppression and posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1326-1336. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.014
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74.
- Wadsworth, S. M. M. (2010). Family risk and resilience in the context of war and terrorism. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 537-556. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00717.x

- Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S. H., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., y Monson, C. M. (2016). The role of posttraumatic growth in a randomized controlled trial of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 29(4), 379-383. doi:10.1002/jts.22122
- Walker, J. G., Manion, I. G., Cloutier, P. F., y Johnson, S. M. (1992). Measuring marital distress in couples with chronically ill children: the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3), 345-357.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207-224.
- Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., y Weisenberg, M. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: a family typology. *Journal of Family Psychology*, 7, 104-118. doi:10.1037//0893-3200.7.1.104
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993, octubre). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la 9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio, Texas.
- Weinberg, M. (2013). The bidirectional dyadic association between tendency to forgive, self-esteem, social support, and PTSD symptoms among terror-attack survivors and their spouses. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 744-752.
- Weissman, N., Batten, S. V., Dixon, L. B., Pasillas, R. M., Potts, W., Decker, M., y Brown, C. H. (2011). *The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) with veterans with PTSD*. Poster presentado en la Veterans Affairs National Annual Conference: Improving Veterans Mental Health Care for the 21st Century, Baltimore, MD.
- Westerink, J., y Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 841-847. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00638.x
- Whiffen, V. E. (2005). The role of partner characteristics in attachment insecurity and depressive symptoms. *Personal Relationships*, 12(3), 407-423.

- Whiffen, V. E., Kallos-Lilly, A. V., y MacDonald, B. J. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 577-590.
- Whisman, M. A. (2001a). The association between depression and marital dissatisfaction. En S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.
- Whisman, M. A. (2001b). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 125-129.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638-643. doi:10.1037/0021-843X.116.3.638
- Whisman, M. A. (2013). Relationship discord and the prevalence, incidence, and treatment of psychopathology. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(2), 163-170. doi:10.1177/0265407512455269
- Whisman, M. A., y Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child Family Psychology Review*, 15, 4-13. doi:10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman, M. A., y Beach, S. R. (2012). Couple therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 526-535.
- Whisman, M. A., Davila, J., y Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 375-383.
- Whisman, M. A., Johnson, D. P., Be, D., y Li, A. (2012). Couple-based interventions for depression. *Couple and Family Psychology: research and practice*, 1(3), 185-198.
- Whisman, M. A., y Sayers, S. L. (2012). Depression. En D. K. Snyder y C. M. Monson (Eds.), *Couple-based interventions for military and veteran families: a practitioner's guide* (pp. 175-200). Nueva York: Guilford Press.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., y Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803-808.

- Whisman, M. A., y Uebelacker, L. A. (2003). Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems. En D. K. Snyder y M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 3-26). Nueva York: Guilford Press.
- Whisman, M. A., y Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 369-377.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., y Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital discord and alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 164-167.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., y Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 830-838. doi:10.1037/0022-006X.72.5.830
- Wile, D. B. (2002). Collaborative couple therapy. En A. S. Gurman y N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3ª ed., pp. 281-307). Nueva York: Guilford Press.
- Wing, D. G., Burge-Callaway, K., Rose Clance, P., y Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant. *Psychotherapy*, 38, 60-73. doi:10.1037/0033-3204.38.1.60
- Wittenborn, A. K. (2012). Exploring the influence of the attachment organizations of novice therapists on their delivery of emotionally focused therapy for couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 50-62.
- Wittenborn, A. K., Faber, A. J., Harvey, A. M., y Thomas, V. K. (2006). Emotionally focused family therapy and play therapy techniques. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 333-342. doi:10.1090/01926180600553472
- Woldarsky Meneses, C., y Greenberg, L. S. (2011). The construction of a model of the process of couples' forgiveness in emotion-focused therapy for couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 491-502.



- Wood, N. D., Crane, D. R., Schaalje, G. B., y Law, D. D. (2005). What works for whom: a meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 273-287.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: World Health Organization.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., y Mamodhoussen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process*, 46(3), 301-316.
- Xu, Y., Herrman, H., Tsutsumi, A., y Fisher, J. (2013). Psychological and social consequences of losing a child in a natural or human-made disaster: a review of the evidence. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 237-284.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., y Menzies, V. (2006). Psychometric properties of Spanish versions of the FACES II and Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 181-189.
- Zantvoord, J. B., Diehle, J., & Lindauer, R. J. (2013). Using neurobiological measures to predict and assess treatment outcome of psychotherapy in posttraumatic stress disorder: systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(3), 142-151.
- Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y., y Shuchter, S. R. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10(4), 157-163.
- Zisook, S., Shear, K., y Kendler, K. S. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry*, 6, 102-107.
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalglish, T. L., y Makinen, J. A. (2013). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: the client change process and therapist interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 39(2), 148-162.

# Anexos



## Anexos

Anexo nº 1: Presentación del tratamiento a la pareja y consentimiento informado.....	579
Anexo nº 2: Entrevista estructurada con la pareja: datos preliminares (en conjunto).....	582
Anexo nº 3: Entrevista estructurada de pareja: entrevista individual .....	587
Anexo nº 4: Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976) .....	594
Anexo nº 5: Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) .....	597
Anexo nº 6: Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI-R) .....	603
Anexo nº 7: Escala de Pensamientos Automáticos de Ira y Hostilidad (IPRI – 26 ítems) .....	607
Anexo nº 8: Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-Hostilidad (IACRI – 36 ítems).....	610
Anexo nº 9: Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-S).....	614
Anexo nº 10: Escala de Clima Social: Familia (FES).....	615
Anexo nº 11: Programa de tratamiento de la pareja.....	616
Anexo nº 12: Cómo viven la víctima directa y su pareja el atentado terrorista .....	619
Anexo nº 13: Modelo “ABC” .....	621
Anexo nº 14: Tareas para casa basadas en el modelo ABC.....	622
Anexo nº 15: Tipos de pensamientos automáticos negativos (adaptado de Beck, Rush, Shaw y Emery, 2000; citado en Graña et al., 2011) .....	623
Anexo nº 16: Forma de actuación con cada uno de los pensamientos negativos y cómo llegar a un pensamiento más realista de la situación vivida (tomado de Graña et al., 2011) .....	625
Anexo nº 17: Autoregistro de generación de pensamientos alternativos .....	628
Anexo nº 18: “Entendiendo las emociones” .....	629
Anexo nº 19: “¿Y tú para qué sirves?” .....	630

Anexo nº 20: Controlando el enfado (adaptado de Labrador, Cruzado, y Muñoz, 2004; citado en Graña et al., 2011).....	631
Anexo nº 21: Autorregistro de utilización de la técnica del semáforo .....	637
Anexo nº 22: Los tres estilos de comunicación (tomado de Graña et al., 2011).....	638
Anexo nº 23: Actividad II: “Practicando la comunicación asertiva. Método DEPA” (adaptado de Macías Antón, 2007; citado en Graña et al., 2011). .....	641
Anexo nº 24: Teoría y desarrollo de la técnica de solución de problemas (adaptado de D’Zurilla y Goldfried, 1971; citado en Graña et al., 2011) .....	645

**Anexo nº 1: Presentación del tratamiento a la pareja y consentimiento informado***Ejemplo de presentación de contenidos a la pareja*

Hola a los dos, me llamo.... soy psicólogo/a del Programa de Pareja que vamos a empezar a continuación. En primer lugar, quería explicarles los contenidos básicos del programa, para que ustedes lo conozcan y puedan decidir participar en él.

Cuando alguien vive un acontecimiento tan traumático como un atentado terrorista, existen multitud de dificultades personales para la persona afectada. Pero las consecuencias de un atentado, muchas veces **trascienden este ámbito personal** llegando a interferir en multitud de áreas: familiar, laboral, social y por supuesto, de pareja.

En muchas ocasiones, los problemas en la pareja están directamente relacionados con las **secuelas físicas o psicológicas de la persona que ha sufrido el atentado**. Pero en muchas otras, se trata de algo más profundo. La vivencia de una situación traumática supone en la mayoría de los casos una **ruptura de los esquemas de vida** de una persona que en muchos casos va acompañada de un **intenso sentimiento de pérdida**. Todo ello, necesariamente hace variar la manera en que las personas se comportan y con ello, la manera en que se relacionan con otras personas, incluyendo a sus parejas.

Pero hemos de recordar también una cuestión fundamental. **Vivir el acontecimiento traumático de una persona a la que se quiere puede resultar igualmente traumático**. La posibilidad de perder al ser querido, también puede generar dificultades en las personas más cercanas. Familiares, pareja. Todos, de una manera o de otra, viven su particular "trauma".

Por todo ello, es lógico y **muy frecuente** que después de un acontecimiento traumático aparezcan problemas en la pareja. Al fin y al cabo se trata de un cambio brusco al que todos deben adaptarse y eso supone un esfuerzo importante. Durante un tiempo puede que incluso, la pareja puede suponer **una fuente importante de estrés**, que lejos de servir como apoyo, puede llegar a agravar los problemas personales de cada miembro.

En algunas ocasiones, las parejas consiguen adaptarse a esta nueva situación con el paso del tiempo. En otras, los problemas de pareja generan **situaciones realmente difíciles de resolver**, en muchos casos, además, sentimientos como la **culpa** hacen que las personas no pidan ayuda externa cuando realmente lo necesitan.

En nuestro tratamiento intentaremos abordar esas situaciones difíciles y los componentes específicos que las hacen tan complicadas. Sin embargo, para empezar a trabajar, debemos tener en cuenta varias cosas. En primer lugar, es importante que sepan que a partir de ahora vamos a **trabajar en equipo**. Es verdad que cada uno de ustedes deberá hacer un esfuerzo individual, pero nuestro trabajo deberá estar siempre enfocado a la consecución de objetivos comunes. Por eso, es importante que sepan que **ambos miembros de la pareja** han de estar igualmente implicados y que el **respeto** a nuestra pareja deberá ser la constante durante las sesiones. Mi posición en todo momento será **neutral**, lo que quiere decir que no tomaré partido alguno, sino que les proporcionaré las herramientas necesarias para que sean ustedes quienes aprendan a resolver sus

*dificultades. Sé que cambiar no es una tarea fácil pero el hecho de que hayan acudido a sesión es ya un primer logro.*

*El tratamiento que nos disponemos a empezar consta de **7 sesiones** en las que aprenderemos a modificar algunas pautas de relación. Durante todas ellas trabajaremos con los pensamientos, las emociones y las conductas. Aprenderemos a controlar nuestra ira y agresividad, a mejorar en nuestra manera de comunicarnos y a resolver problemas de manera conjunta.*

*Pues bien, si estamos todos de acuerdo, vamos a firmar este **consentimiento informado**. Vamos a repasarlo todos juntos. ¿Les parece?*

\*Las **hojas de consentimiento informado** son individuales y deberán estar por duplicado. Recuérdese que deberán ser explicadas por el terapeuta y firmadas por ambos miembros de la pareja.

#### Resumen de la sesión de presentación

- Las consecuencias del trauma trascienden el ámbito personal y pueden llegar a afectar a la pareja.
- En ocasiones, los problemas de pareja se derivan de las dificultades asociadas a las secuelas físicas o psicológicas de la víctima (síntomatología activa).
- En otras ocasiones tiene que ver con la ruptura de esquemas básicos (de control, de justicia, de confianza) y con la sensación de pérdida. Esto hace variar el comportamiento y por tanto, hace variar las relaciones.
- No solamente la víctima es quien sufre el trauma. La experiencia de un atentado a una persona querida puede ser igualmente traumática. En ocasiones, incluso, más.
- Los problemas de pareja son muy frecuentes después de un atentado terrorista.
- Y es muy frecuente que no se sepa cómo resolverlo. En primer lugar por las dificultades propias que acarrea y en segundo, por sentimientos como la culpa que aparecen cuando la pareja deja de ser una fuente de apoyo para convertirse en un problema añadido.
- No es fácil cambiar, pero el hecho de que hayan venido es ya un primer paso.
- Para resolver esas dificultades se plantea la terapia.
- La terapia deberá involucrar a ambos miembros, en un trabajo en equipo. Deberá mantenerse en todo caso el respeto hacia todos los participantes en la misma.
- La posición del terapeuta será neutral.
- Son 7 sesiones en las que se trabajan pensamientos, emociones y conductas.
- Explicación del consentimiento informado.
- Firma de Consentimiento informado con ambos miembros.



### Programa de tratamiento en Pareja

Por la presente declaro que he sido informado y comprendo el procedimiento de trabajo del Programa de Tratamiento y me comprometo voluntariamente a participar en él.

Además, he sido informado y comprendo que los resultados de este programa terapéutico serán analizados con propósitos científicos y que, por tanto, pueden ser publicados en revistas o libros científicos o difundidos por otros medios a la comunidad científica. No obstante, entiendo que mi nombre nunca aparecerá en dichos medios, y que, por tanto, ningún participante será individualmente identificado.

Así mismo, he sido informado y entiendo que se tomarán todas las medidas necesarias para proteger mi confidencialidad y que en todo momento se seguirán de forma estricta las normas del Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y de la legislación vigente.

Asimismo, acepto y me comprometo a respetar las siguientes normas establecidas para el desarrollo del Programa:

1. Completar y entregar los cuestionarios o tareas que me sean encomendadas.
2. Asistir a las sesiones de tratamiento en la fecha y hora establecida por los psicólogos responsables durante el período de duración del programa. En caso de no poder asistir me comprometo a avisar con un mínimo de 48 horas de antelación con el fin de poder establecer una nueva cita.

Por último, he sido informado y entiendo que puedo dejar el programa de tratamiento en cualquier momento sin ningún perjuicio en mi contra.

Firma:

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Anexo nº 2: Entrevista estructurada con la pareja: datos preliminares (en conjunto)
---

Antes de proceder a la realización de la entrevista, el terapeuta deberá tener en cuenta lo siguiente:

- La entrevista debe ser llevada a cabo por el terapeuta. Consta de varios apartados, los cuales suponen la descripción de las variables sobre las que se va a indagar y una pregunta tipo diseñada para obtener la información sobre dichas variables en la práctica. En el último apartado, se permite una evaluación más abierta, de cara a que el terapeuta pueda obtener aquella información que considere relevante para el caso, así como los datos relativos al análisis funcional de ambos miembros de la pareja que posteriormente empleará para la elaboración de la formulación del caso.
- Se trata de una entrevista estructurada, por lo que el terapeuta deberá ceñirse a las preguntas y apartados explicitados en la misma, detallando las respuestas en función de los códigos propuestos en cada caso. No obstante, eso no será impedimento para que éste realice las aclaraciones que considere oportunas con el fin de que los miembros de la pareja comprendan adecuadamente cada cuestión. Tampoco se desecha la posibilidad de que el terapeuta tome notas adicionales al pie de las preguntas y se incluye un apartado final de “*observaciones*” en el que se podrán anotar aspectos clave de la entrevista que no sean recogidos en la misma. De hecho, se contempla formalmente que se tomen anotaciones extra cuando la respuesta a determinadas variables está categorizada como “*otros*” o “*varios de los anteriores*”. Del mismo modo, es posible orientar la evaluación para la consecución de un adecuado análisis funcional de la conducta problema. De tal forma, se sugiere al terapeuta que explore estas áreas de acuerdo a la formulación que se realizará posteriormente, con el fin de valorar las relaciones funcionales entre los problemas. **Siempre que ello no suponga ampliar el periodo de evaluación en más de una sesión.**
- La entrevista será aplicada de manera individual y grupal, según aparece en el cuadernillo. Mientras se realiza la entrevista individual, el otro miembro de la pareja deberá cumplimentar los cuestionarios.

**1. Datos de miembro 1****Acude a sesión (0=No, 1=Si) .....**☐☐**Si no acude a sesión, especificar la razón (marcar la que corresponda) .....***Miembro 2: ¿Por qué no acude a sesión su pareja?*

0= Falta de interés.

1= Incompatibilidad horaria

2= Mala relación, no desean acudir juntos

3= Vive en otra ciudad

4= Se encuentra bien.

\*7= Otros

\*8= Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar la información por escrito)

**Edad miembro 1 (en años) .....**☐*Miembro 1: ¿Qué edad tiene usted?*☐**Nivel académico miembro 1 .....***Miembro 1: ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que ha completado?*

0=Ninguno

1=Primarios/ EGB/ Primaria obligatoria (básica, bachillerato elemental y revalida de 4º)

2=Secundaria/ ESO/ BUP/ Bachillerato superior y revalida de 6º

3=Bachillerato actual/ COU/

Preuniversitario (Preu)

4=Formación profesional grado medio

5=Formación profesional grado superior

6=Diplomatura universitaria

7=Licenciatura universitaria / Grado universitario (Bolonia)

8=Master universitario/ Posgrado universitario (Bolonia)

9=Doctorado

**Profesión/situación laboral (actual), (marcar la que corresponda) .....**☐*Miembro 1: ¿Cuál es su profesión/ situación laboral actual?*

0 = Obrero sin cualificar

1 = Obrero cualificado

2 = Agricultor/ ganadero

3 = Sector servicios

4 = Personal de servicios administrativos

5 = Empresario

6 = Directivo Gerente

7 = Profesional/técnico

8 = Amo de casa

9 = Estudiante

10 = Jubilado debido a la edad

11 = Jubilado por enfermedad o minusvalía

12 = Profesional de las fuerzas armadas

13 = Parado

\*14= Otros

\*15 = Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar por escrito la información)

**2. Datos de miembro 2**

Acude a sesión (0= No, 1=Si) .....

☐

Si no acude a sesión, especificar la razón (marcar la que corresponda) .....

☐*Miembro2: ¿Por qué no acude a sesión su pareja?*

0= Falta de interés.

1= Incompatibilidad horaria

2= Mala relación, no desean acudir juntos

3= Vive en otra ciudad

4= Se encuentra bien.

\*7= Otros

\*8= Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar la información por escrito)

Edad miembro 2 (en años) .....

☐*Miembro 1: ¿Qué edad tiene usted?*☐

Nivel académico miembro 2 .....

*Miembro2: ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que ha completado?*

0=Ninguno

1=Primarios/ EGB/ Primaria obligatoria (básica, bachillerato elemental y revalida de 4º)

2=Secundaria/ ESO/ BUP/ Bachillerato superior y revalida de 6º

3=Bachillerato actual/ COU/

Preuniversitario (Preu)

4=Formación profesional grado medio

5=Formación profesional grado superior

6=Diplomatura universitaria

7=Licenciatura universitaria / Grado universitario (Bolonia)

8=Master universitario/ Posgrado universitario (Bolonia)

9=Doctorado

Profesión/situación laboral (actual) .....

☐*Miembro2: ¿Cuál es su profesión/ situación laboral actual?*

0 = Obrero sin cualificar

1 = Obrero cualificado

2 = Agricultor/ ganadero

3 = Sector servicios

4 = Personal de servicios administrativos

5 = Empresario

6 = Directivo Gerente

7 = Profesional/técnico

8 = Amo de casa

9 = Estudiante

10 = Jubilado debido a la edad

11 = Jubilado por enfermedad o minusvalía

12 = Profesional de las fuerzas armadas

13 = Parado

\*14= Otros

\*15 = Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar por escrito la información).

**3. Datos relativos a la historia básica de la pareja**

Tiempo de pareja (años) .....

☐

*¿Hace cuánto tiempo estáis juntos?*

**Tiempo de convivencia (años)** .....

*¿Hace cuánto tiempo convivís?*

**Estado civil (marcar la que corresponda)** .....

*¿Cuál es su estado civil en la actualidad?*

0 = No existe relación sentimental

1 = Relación sentimental estable

2 = Pareja de hecho

3 = Casados

4 = Separados

5 = Divorciados

6 = Viudo

7 = Casado en segundas nupcias

\*8= Otros

(\*Si la respuesta es otros, especificar la información por escrito)

**Tiempo del estado civil (años)** .....

*¿Hace cuánto tiempo tiene ese estado civil?*

**Hijos (0=No, 1=Sí)** .....

*¿Tienen hijos?*

**Número de hijos** .....

*¿Cuántos? Especificar edades*

**Convivencia** .....

*¿Con quién conviven en casa?*

0 = Solos ellos dos

1 = Hijos

2 = Abuelos

3 = Hermanos

4 = Tíos

5 = Otros

\*6 = Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar la información por escrito.)

**Rupturas previas (0=No, 1=Sí)** .....

*¿Ha habido algún período de ruptura previa durante largos períodos de tiempo?*

**Nº rupturas** .....

Cuántas (especificar número)

☐

**Motivo de ruptura** .....

¿Por qué motivos?

0 = Atentado

1 = infidelidad

2 = Diferentes intereses

3=Problemas económicos, nacimiento hijos, estrés en la pareja

4= Otros

5= Varios de los anteriores

☐

**Divorcio** .....

*¿en alguna ocasión se han divorciado/separado legalmente?*

0 = Por determinar

1 = Padre

2 = Madre

3 = Ambos (compartida)

**Peor momento en la relación**

¿Cuál ha sido el peor momento en la relación?

.....

**Mejor momento en la relación**

¿Cuál ha sido el mejor momento en la relación?

.....

Anexo nº 3: Entrevista estructurada de pareja: entrevista individual
--

**1. DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA, TOPOGRAFÍA Y ANÁLISIS FUNCIONAL**

**Satisfacción con la convivencia (del 0 al 10?)** .....

☐

*¿Estás satisfecho/a con la relación de pareja?*

**Conflictos en la pareja** .....

☐

*¿Cuál es el principal problema actualmente en su relación? Preguntar por cada uno de ellos*

0= No hay ningún problema

1= Problemas de comunicación

2= Problemas de agresividad

3= Problemas de estrés en la pareja

4= Problemas sexuales

5= Problemas con hijos/padres otros familiares

6= Varios de los anteriores

7= Otros

**Relación del problema con el atentado** .....

☐

*¿Está relacionado el problema con el atentado?*

**Duración del problema (nº meses)** .....

☐

*¿Desde hace cuánto tiempo pasa?*

**Peor momento** .....

☐

*¿Cuándo ha sido el peor momento?*

0= Justo después del atentado

1= Años más tarde

2= Fluctuante

3= Otros

**Mejor momento** .....

☐

*¿Cuándo ha sido el mejor momento?*

0= Justo después del atentado

1= Años más tarde

2= Fluctuante

3= Otros

**Motivos de mejorías (marcar la que corresponda)** .....

☐

*¿A qué consideran que se debieron dichos cambios?*

0 = No se han dado cambios. Siempre han estado presentes las conductas con la misma intensidad

1 = Coincidió con la realización de un tratamiento (indicar cuál)

2 = Cambiamos nuestro comportamiento

\*7 = Otros

\*8 = Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar la información por escrito.)

**Tratamientos anteriores (Sí/no)** .....

☐

*¿Alguna vez han tenido que recibir tratamiento como consecuencia de problemas de pareja?*

**Tratamientos anteriores (número)** .....

*Ambos: ¿Cuántos tratamientos psicológicos y/o psiquiátrico ha recibido usted?*

**Tipos de tratamientos anteriores (marcar la que corresponda)** .....

*Ambos: ¿Qué tipo de tratamiento recibió?*

0 = Sin tratamientos

1 = Farmacológicos

2 = Terapia de conducta

3 = Terapia psicodinámica

4 = Terapia sistémica

5= Desconoce/ no recuerda el tipo de tratamiento

\*6= Otros

\*7 = Varios de los anteriores

(\*Si la respuesta es varios/otros, especificar la información por escrito.)

**Frecuencia** .....

¿Con qué frecuencia ha ocurrido en el último mes?

**Grado de interferencia (del 0 al 10)** .....

¿Cuánto le han molestado en el último mes sus problemas de pareja?

**Antecedentes** .....

¿Qué ocurre antes de que aparezca el conflicto?

0 = Situación neutra

1 = Situación de intercambio positivo con la pareja

2 = Situación de intercambio negativo con la pareja

3 = Situación de intercambio positivo con otros

4= Situación de intercambio negativo con otros

**Consecuentes** .....

¿Qué ocurre después de que aparezca el conflicto?

0 = Situación neutra

1 = Situación de intercambio positivo con la pareja

2 = Situación de intercambio negativo con la pareja

3 = Situación de intercambio positivo con otros

4= Situación de intercambio negativo con otros

**Estímulos delta** .....

¿En qué situaciones no se da el conflicto?

0 = Situación neutra

1 = Situación de intercambio positivo con la pareja

2 = Situación de intercambio negativo con la pareja

3 = Situación de intercambio positivo con otros

4= Situación de intercambio negativo con otros

**Cogniciones antes del conflicto** .....

¿Qué piensa antes de que ocurra el conflicto?

0 = No puedo mantener el control

1 = Él/ella tiene la culpa

2 = Pensamientos negativos hacia uno mismo

3 = Pensamientos negativos hacia el otro

4 = Hacerle cambiar de idea

**Cogniciones durante el conflicto** .....

☐

¿Qué piensa mientras ocurre el conflicto?

0 = No puedo mantener el control

1 = Él/ella tiene la culpa

2 = Pensamientos negativos hacia uno mismo

3 = Pensamientos negativos hacia el otro

4 = Hacerle cambiar de idea

**Cogniciones tras el conflicto** .....

☐

¿Qué piensa después del conflicto?

0 = La manera de resolverlo

1 = Esto no tiene arreglo

2 = Pensamientos negativos hacia uno mismo

3 = Pensamientos negativos hacia el otro

4 = Hacerle cambiar de idea

**Emociones antes del conflicto** .....

☐

¿Cómo te sientes justo antes del conflicto?

0 = No siento nada

1 = Ira/hostilidad

2 = Tristeza

3 = Culpa o vergüenza

4 = Frustración/impotencia

5=Otras

6=Varias de las anteriores

**Emociones durante el conflicto** .....

☐

0 = No siento nada

1 = Ira/hostilidad

2 = Tristeza

3 = Culpa o vergüenza

4 = Frustración/impotencia

5=Otras

6=Varias de las anteriores

**Emociones tras el conflicto** .....

☐

0 = No siento nada

1 = Ira/hostilidad

2 = Tristeza

3 = Culpa o vergüenza

4 = Frustración/impotencia

5=Otras

6=Varias de las anteriores

**Conductas antes del conflicto** .....

¿Qué estás haciendo antes del conflicto?

.....

**Conductas durante el conflicto** .....

¿Qué estás haciendo durante del conflicto?

.....



**Conductas tras el conflicto (estrategias de afrontamiento) .....**

☐

¿Qué haces después del conflicto?

0=Busco apoyo en otras personas

1=Busco alivio en la religión

2=Hago bromas sobre ello

3=Consumo alcohol o sustancias

4=Intento solucionarlo

5=Me centro en las emociones y me desahogo

6=Evito volver a hablar del tema

**2. COMPONENTES COGNITIVOS: Expectativas, actitudes, etc.**

1. Cuando hay un conflicto ¿Qué espera que pase respecto al conflicto?

☐

0 =Podemos solucionarlo sin problemas

1 = Podremos solucionarlo con mucho esfuerzo

2 = Podremos solucionarlo pero las cosas no serán igual

3 = Podremos solucionarlo pero la relación está rota

4= No tiene solución

2. ¿Qué pensaba que ocurriría respecto al conflicto antes?

☐

0 = Que podríamos solucionarlo sin problemas

1 = Que podríamos solucionarlo con mucho esfuerzo

2 = Que podríamos solucionarlo pero las cosas no serían igual

3 = Que Podríamos solucionarlo pero la relación está rota

4 = No tiene solución

3. ¿Qué espera que pase respecto al conflicto en un futuro?

☐

0 =Podemos solucionarlo sin problemas

1 = Podremos solucionarlo con mucho esfuerzo

2 = Podremos solucionarlo pero las cosas no serán igual

3 = Podremos solucionarlo pero la relación está rota

4= No tiene solución

4. ¿Cuál es su concepto de los papeles apropiados del hombre y la mujer en una relación de pareja?

☐

0 =No hay diferencias

1 = Sí hay diferencias

5. ¿Cree que su pareja satisface sus expectativas?

☐

0 =No

1 = Sí

6. En una escala del 1 al 10 ¿Cuánto confía en su pareja?

☐

7. En una escala del 1 al 10 ¿cuánto apoyo percibe por parte de su pareja?

☐

### 3. COMPONENTES EMOCIONALES

**1. Comprensión de las propias emociones. ¿Normalmente es capaz de identificar sus propias emociones?**

0 = No      1 = Sí

☐

**2. Empatía ¿Es capaz de entender las emociones de su pareja?**

0 = No      1 = Sí

☐

**3. ¿Cuántas veces en el último mes se ha sentido furioso por algo?**

☐

**4. ¿Cuántas veces en el último mes se ha sentido culpable?**

☐

**5. Afecto**

0 = Las expresiones de afecto son inexistentes

1 = En ocasiones especiales

2 = Al menos una vez al mes

3 = Al menos una vez a la semana

4 = Expresamos nuestro afecto todos los días

☐

### 4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

**1. Comunicación**

0 = La comunicación es nula entre nosotros

1 = Nos comunicamos solo lo necesario

2 = Tenemos problemas de comunicación habitualmente

3 = Algún malentendido hemos tenido

4 = No tenemos problemas de comunicación

☐

**2. ¿Cuáles son sus temas habituales de conversación?**

0 = No hablamos

1 = Temas que le interesan a él/ella

2 = Temas que me interesan a mí

3 = Temas de interés común.

4 = Otros

5 = Varios de los anteriores

☐

**3. Si hay algo que me molesta, soy capaz de decírselo?**

0 = No      1 = Sí

☐

**4. ¿Tiene la sensación de sentirse escuchado por la otra persona?**

0 = No      1 = Si

☐

**5. Toma de decisiones. Habitualmente ¿cómo toman las decisiones que les afectan a ambos?**

☐

0 = No tomamos decisiones conjuntas.  
1 = Por consenso

2 = Por imposición mía  
3= Por imposición de mi pareja

**6. Cumplimiento de responsabilidades**

☐

0 = Siento que me tengo que ocupar yo de todo  
1 = Siento que me tengo que ocupar de casi todo, aunque mi pareja también colabore en algunas tareas

2 = Estoy satisfecho/a con el reparto de las tareas  
3= Reconozco que mi pareja se encarga de muchas cosas y debería ayudarla más

**7. ¿le resulta satisfactorio cómo pasa su tiempo libre?**

☐

0 = No      1 = Sí

**8. Ocio y Tiempo libre**

☐

0 = No compartimos tiempo de ocio  
1 = En ocasiones especiales  
2 = Al menos una vez al mes

3 = Al menos una vez a la semana  
4= Compartimos tiempo de ocio todos los días

**5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ATENTADO**

Las personas difieren en el modo de afrontar una situación de este tipo...

**Búsqueda de apoyo social** (0= No, 1= Sí) .....  
*¿Buscaste ayuda en tus familiares y amigos?*

☐

**Religión** (0= No, 1= Sí) .....  
*¿Buscaste alivio en la religión?*

☐

**Humor** (0= No, 1= Sí) .....  
*¿Haces bromas sobre ello?*

☐

**Consumo alcohol, drogas** (0= No, 1= Sí) .....  
*¿Has tomado drogas o alcohol para intentar superarlo?*

☐

**Planificación y afrontamiento activo** (0= No, 1= Sí) .....  
*¿Intentaste proponer una estrategia sobre qué hacer?*

☐

**Abandono de esfuerzos de afrontamiento** (0= No, 1= Sí) .....  
*¿Dejaste simplemente de intentar alcanzar tu objetivo?*

☐
☐

<b>Centrarse en las emociones y desahogarse</b> (0= No, 1= Sí) .....	
<i>¿Te alteraste y dejaste que afloraran tus emociones?</i>	
<b>Aceptación</b> (0= No, 1= Sí).....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Aceptaste que había pasado el atentado y que no se puede cambiar?</i>	
<b>Negación</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Te dijiste a ti mismo que el atentado no fue real?</i>	
<b>Refrenar el afrontamiento</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Demoraste el actuar a la espera de que la situación lo permitiese?</i>	
<b>Concentrar esfuerzos para solucionar la situación</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Te centraste en afrontar el problema aun pudiendo dejar otras cosas de lado?</i>	
<b>Crecimiento personal</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Intentaste desarrollarte como persona como resultado de la experiencia?</i>	
<b>Reinterpretación positiva</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Intentaste verlo de forma diferente para hacerlo parecer más positivo?</i>	
<b>Actividades distractoras de la situación</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Has realizado actividades como ir al cine o ver la TV para pensar menos en ello?</i>	
<b>Evadirse</b> (0= No, 1= Sí) .....	<input type="checkbox"/>
<i>¿Sueñas despierto con cosas diferentes al atentado?</i>	

**Anexo nº 4: Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976)**

Nombre de su pareja: ..... Fecha: .....

La mayoría de las personas tienen discrepancias en su relación. Por favor, indique abajo el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre Vd. y su pareja respecto a cada una de las cuestiones de la siguiente lista. Por favor ponga una cruz para indicar su respuesta.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Desacuerdo ocasional	Frecuentemente desacuerdo	Casi siempre desacuerdo	Siempre desacuerdo
1. Administración de las finanzas familiares.						
2. Esparcimiento o diversiones.						
3. Cuestiones religiosas.						
4. Demostraciones de afecto.						
5. Amistades.						
6. Relaciones sexuales						
7. Formalismos sociales (comportamiento correcto y adecuado).						
8. Filosofía de la vida.						
9. Modo de tratar a los padres y familiares.						
10. Metas, objetivos y cosas consideradas importantes.						
11. Cantidad de tiempo a pasar juntos/as.						
12. Adopción o toma de decisiones importantes.						
13. Tareas domésticas.						
14. Intereses y actividades a realizar durante el ocio.						
15. Decisiones en relación con la carrera profesional.						

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	A menudo	Ocasional-Mente	Rara vez	Nunca
16. Con qué frecuencia hablan o han considerado la posibilidad de divorciarse, separarse o dejar de vivir juntos/as.						
17. Con qué frecuencia Vd. o su pareja abandona o se va de casa después de una pelea.						
18. En general, ¿con qué frecuencia piensa que las cosas entre Vd. y su pareja marchan bien?						
19. ¿Confía Vd. en su pareja?						
20. ¿Se arrepiente Vd. alguna vez de haberse casado o de estar viviendo juntos/as?						
21. ¿Con qué frecuencia discuten Vd. y su pareja?						
22. ¿Con qué frecuencia siente que "no se aguantan el uno/a al otro/a", o hace que el otro/a pierda los estribos?						

	Todos los días	Casi todos los días	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
23. ¿Besa Vd. a su pareja?					

	En todas	La mayor parte de ellas	Algunas	Muy pocas	Ninguna
24. Participan juntos/as en actividades ajenas a las estrictamente propias de la relación de pareja o vida familiar.					

¿Con qué frecuencia diría Vd. que se produce alguna de las siguientes situaciones entre Vd. y su pareja?

	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces al mes	1 ó 2 veces a la semana	1 vez al día	Más a menudo
25. Tener un intercambio de ideas estimulante.						
26. Reír juntos/as.						
27. Discutís algo con calma.						
28. Trabajáis juntos/as en un proyecto.						

Estas son algunas cosas sobre las que las parejas unas veces están de acuerdo y otras en desacuerdo.

Indique si alguna de las siguientes situaciones ha sido motivo de discrepancias de opinión o constituye un problema en su relación durante las pasadas semanas. Anote SI o NO.

	SI	NO	
29.			Estar demasiado cansado/a para tener relaciones sexuales.
30.			No demostrar cariño.

31. Los puntos de la siguiente línea representan diferentes grados de felicidad en su relación. El punto medio “satisfecho/a”, representa el grado de felicidad de la mayoría de las relaciones. Por favor, rodee el punto que mejor describa el grado de felicidad o satisfacción que experimenta en su relación, considerando todos los aspectos.

.	.	.	.	.	.	.
Extremadamen te insatisfecho	Bastante insatisfecho	Un poco insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamen te satisfecho	Perfecto

32. ¿Cuál de las siguientes expresiones describe mejor sus expectativas respecto del futuro de su relación?

	Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haré lo imposible para conseguirlo.
	Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que esto ocurra.
	Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y pondré mucho de mi parte para que así sea.
	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que estoy haciendo para contribuir a que esto ocurra.
	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no estoy dispuesto/a a hacer nada más de lo que estoy haciendo para mantener la relación.
	Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

**Anexo nº 5: Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2)****Murray A. Strauss y Sherry L. Hamby**

Traducida al español por José Luis Graña Gómez y Marina J. Muñoz Rivas

**Instrucciones**

Aunque una pareja se lleve bien, hay momentos en que no se está de acuerdo con el otro, se quieren cosas distintas, tienen diferentes expectativas de cada uno o, simplemente, hay discusiones o peleas porque se está de mal humor, cansado o por cualquier otro motivo.

Las parejas emplean distintas formas de solucionar sus diferencias. A continuación, se expone un listado de lo que puede suceder cuando no se está de acuerdo con la pareja.

Por favor, marque con un círculo la frecuencia con la que hizo cada una de estas cosas durante el último año de convivencia con su pareja por la que está aquí y la frecuencia con la que lo hizo su pareja, es decir, cuántas veces ocurrió en el último año en que convivió con ella.

Si usted o su pareja no hizo ninguna de estas cosas en el último año pero sí lo hizo anteriormente, marque el “7” con un círculo.

**Recuerde: ¿Cuántas veces ocurrió cada situación en el último año?**

- 1 =** una vez en el último año
- 2 =** dos veces en el último año
- 3 =** de 3 a 5 veces en el último año
- 4 =** de 6 a 10 veces en el último año
- 5 =** de 11 a 20 veces en el último año
- 6 =** más de 20 veces en el último año
- 7 =** no sucedió en el último año pero si anteriormente
- 0 =** nunca pasó



	<b>1</b> una vez en el último año	<b>2</b> dos veces en el último año	<b>3</b> de 3 a 5 veces en el último año	<b>4</b> de 6 a 10 veces en el último año	<b>5</b> de 11 a 20 veces en el último año	<b>6</b> más de 20 veces en el último año	<b>7</b> no sucedió en el último año pero si anteriormente	<b>0</b> Nunca pasó
1. Mostré a mi pareja que me importaba a pesar de nuestro desacuerdo.								
2. Mi pareja me mostró que le importaba a pesar de nuestro desacuerdo.								
3. Expliqué a mi pareja mi punto de vista acerca de un desacuerdo.								
4. Mi pareja me explicó su punto de vista acerca de un desacuerdo.								
5. Insulté o maldije a mi pareja.								
6. Mi pareja me insultó o maldijo.								
7. Tiré un objeto que podía hacerle daño a mi pareja.								
8. Mi pareja me hizo lo mismo.								
9. Retorcí el brazo o tiré del pelo a mi pareja.								
10. Mi pareja me hizo lo mismo.								
11. He tenido algún esguince, cardenal o corte a consecuencia de una pelea con mi pareja								
12. Mi pareja ha sufrido un esguince, cardenal o corte a consecuencia de una pelea conmigo.								
13. Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja acerca de un problema.								
14. Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos acerca de un problema.								
15. Obligué a mi pareja a tener relaciones sexuales sin usar preservativo.								
16. Mi pareja me hizo lo mismo.								
17. Empujé a mi pareja.								
18. Mi pareja me hizo lo mismo.								

	<b>1</b> una vez en el último año	<b>2</b> dos veces en el último año	<b>3</b> de 3 a 5 veces en el último año	<b>4</b> de 6 a 10 veces en el último año	<b>5</b> de 11 a 20 veces en el último año	<b>6</b> más de 20 veces en el último año	<b>7</b> no sucedió en el último año pero si anteriormente	<b>0</b> Nunca pasó
19. Empleé la fuerza (pegar, sujetar o usar un arma) para obligar a mi pareja a tener sexo oral o anal.								
20. Mi pareja me hizo lo mismo.								
21. Empleé un cuchillo o un arma contra mi pareja.								
22. Mi pareja me hizo lo mismo.								
23. Perdí el conocimiento después de que mi pareja me golpeará en la cabeza durante una pelea.								
24. Mi pareja perdió el conocimiento después de que yo le golpeará en la cabeza durante una pelea.								
25. Llamé a mi pareja gordo/a o feo/a.								
26. Mi pareja me llamó gordo/a o feo/a.								
27. Pegué a mi pareja con algo que podía hacerle daño (puñetazo, objeto).								
28. Mi pareja me hizo lo mismo.								
29. Destruí algo que pertenecía a mi pareja.								
30. Mi pareja me hizo lo mismo.								
31. Tuve que acudir al médico por una pelea con mi pareja.								
32. Mi pareja tuvo que acudir al médico por una pelea conmigo.								
33. Intenté ahogar a mi pareja.								
34. Mi pareja me hizo lo mismo.								
35. Grité o chillé a mi pareja.								

	<b>1</b> una vez en el último año	<b>2</b> dos veces en el último año	<b>3</b> de 3 a 5 veces en el último año	<b>4</b> de 6 a 10 veces en el último año	<b>5</b> de 11 a 20 veces en el último año	<b>6</b> más de 20 veces en el último año	<b>7</b> no sucedió en el último año pero si anteriormente	<b>0</b> Nunca pasó
36. Mi pareja me hizo lo mismo.								
37. Arrojé a mi pareja contra la pared.								
38. Mi pareja me hizo lo mismo.								
39. Le dije a mi pareja que estaba seguro/a de que podíamos encontrar una solución a un problema.								
40. Mi pareja me dijo lo mismo.								
41. Hubiera necesitado acudir a un médico por una pelea con mi pareja, pero no fui.								
42. Mi pareja hubiera necesitado acudir a un médico por una pelea conmigo, pero no fue.								
43. Le dí una paliza a mi pareja.								
44. Mi pareja me hizo lo mismo.								
45. Agarré a mi pareja.								
46. Mi pareja me hizo lo mismo.								
47. Empleé la fuerza (pegar, sujetar, usar un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales conmigo.								
48. Mi pareja me hizo lo mismo.								
49. Me marché dando un portazo del cuarto o de casa durante una discusión.								
50. Mi pareja me hizo lo mismo.								

	<b>1</b> una vez en el último año	<b>2</b> dos veces en el último año	<b>3</b> de 3 a 5 veces en el último año	<b>4</b> de 6 a 10 veces en el último año	<b>5</b> de 11 a 20 veces en el último año	<b>6</b> más de 20 veces en el último año	<b>7</b> no sucedió en el último año pero si anteriormente	<b>0</b> Nunca pasó
51. Insistí en tener relaciones sexuales cuando mi pareja no quería (pero no empleé la fuerza física).								
52. Mi pareja me hizo lo mismo.								
53. Abofeteé a mi pareja.								
54. Mi pareja me hizo lo mismo.								
55. Sufrí la fractura de un hueso a consecuencia de una pelea con mi pareja.								
56. Mi pareja sufrió la fractura de un hueso a consecuencia de una pelea conmigo.								
57. Amenacé a mi pareja para obligarla a tener sexo oral o anal conmigo.								
58. Mi pareja me hizo lo mismo.								
59. Sugerí un compromiso como solución a un desacuerdo.								
60. Mi pareja me hizo lo mismo.								
61. Quemé o abrasé a mi pareja a propósito.								
62. Mi pareja me hizo lo mismo.								
63. Insistí para que mi pareja tuviera sexo oral o anal conmigo (pero no emplee la fuerza física).								
64. Mi pareja me hizo lo mismo.								
65. Acusé a mi pareja de ser un/a pésimo/a amante.								
66. Mi pareja me acusó de lo mismo.								
67. Hice algo para hacer rabiar o fastidiar a mi pareja.								

	<b>1</b> una vez en el último año	<b>2</b> dos veces en el último año	<b>3</b> de 3 a 5 veces en el último año	<b>4</b> de 6 a 10 veces en el último año	<b>5</b> de 11 a 20 veces en el último año	<b>6</b> más de 20 veces en el último año	<b>7</b> no sucedió en el último año pero si anteriormente	<b>0</b> Nunca pasó
68. Mi pareja me hizo lo mismo.								
69. Amenacé con pegar o tirarle algo a mi pareja.								
70. Mi pareja me hizo lo mismo.								
71. Sentí dolor físico que duró más de un día después de una pelea con mi pareja.								
72. A mi pareja le pasó lo mismo.								
73. Le di una patada a mi pareja.								
74. Mi pareja me hizo lo mismo.								
75. Amenacé a mi pareja para obligarla a tener relaciones sexuales.								
76. Mi pareja me hizo lo mismo.								
77. Ante un desacuerdo, acordé con mi pareja intentar una solución sugerida por ella.								
78. Ante un desacuerdo, mi pareja acordó intentar una solución que yo sugerí.								

<b>Anexo nº 6: Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI-R)</b>
--

## INVENTARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES – REVISADO (SPSI-R)

### INSTRUCCIONES

Las siguientes frases describen cómo puede pensar, sentir o actuar cuando se enfrenta a **problemas** de su vida diaria. No nos referimos a los disgustos habituales que resuelve con éxito cada día. En este cuestionario, un **problema** es algo importante en su vida que le preocupa mucho pero que no sabe inmediatamente cómo resolver o hacer que le deje de preocupar tanto. El problema puede ser algo que tenga que ver con Vd. (por ejemplo, sus pensamientos, sentimientos, conductas, salud o apariencia), algo que tenga que ver con su relación con otras personas (por ejemplo, su familia, sus amigos, sus profesores, o su jefe), o algo que tenga que ver con su entorno o las cosas que posea (por ejemplo, su casa, su coche, su dinero). Por favor, lea cada frase atentamente y marque el número que muestre hasta que punto cada frase es cierta para Vd. Piense en cómo piensa, siente y se comporta **en general** cuando se enfrenta a problemas importantes de su vida. Marque el número escogido en función de la siguiente escala.

<p><b>0 = No es cierto en absoluto</b>  <b>1 = Un poco cierto</b>  <b>2 = Bastante cierto</b>  <b>3 = Muy cierto</b>  <b>4 = Extremadamente cierto</b></p>
--

1. Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos.	0	1	2	3	4
2. Me siento temeroso/a cuando tengo problemas importantes.	0	1	2	3	4
3. Cuando tomo decisiones, <b>no</b> examino todas mis opciones.	0	1	2	3	4
4. Cuando tomo decisiones, <b>no</b> pienso en los efectos que cada opción puede tener en otras personas.	0	1	2	3	4
5. Cuando resuelvo problemas, pienso en varias ideas y combino algunas de ellas para encontrar una solución mejor.	0	1	2	3	4
6. Me siento inseguro/a de mí mismo/a cuando tomo decisiones importantes.	0	1	2	3	4
7. Cuando mi primer intento de resolver un problema fracasa, creo que si no me rindo llegaré a resolverlo.	0	1	2	3	4
8. Cuando tengo un problema, hago lo primero que se me ocurre.	0	1	2	3	4

<b>0 = No es cierto en absoluto</b> <b>1 = Un poco cierto</b> <b>2 = Bastante cierto</b> <b>3 = Muy cierto</b> <b>4 = Extremadamente cierto</b>					
9. Espero a ver si un problema desaparece antes de intentar resolverlo yo.	0	1	2	3	4
10. Cuando resuelvo problemas, trato de encontrar qué es lo que me impide obtener lo que quiero.	0	1	2	3	4
11. Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan, me frustro mucho.	0	1	2	3	4
12. Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles, no importa lo mucho que lo intente.	0	1	2	3	4
13. Aplazo el resolver problemas tanto como sea posible.	0	1	2	3	4
14. No me tomo el tiempo de comprobar si mi solución funcionó.	0	1	2	3	4
15. Hago todo lo posible para evitar resolver problemas.	0	1	2	3	4
16. Los problemas difíciles me hacen sentir mal.	0	1	2	3	4
17. Cuando resuelvo problemas, intento predecir los pros y los contras de cada opción.	0	1	2	3	4
18. Me enfrento a mis problemas tan pronto como sea posible.	0	1	2	3	4
19. Intento ser creativo y pensar en soluciones originales a los problemas.	0	1	2	3	4
20. Cuando resuelvo problemas, utilizo la primera idea buena que se me pasa por la cabeza.	0	1	2	3	4
21. Cuando resuelvo problemas, no se me ocurren muchas ideas.	0	1	2	3	4
22. Evito los problemas en vez de intentar resolverlos.	0	1	2	3	4
23. Cuando tomo decisiones, pienso en las consecuencias a corto y largo plazo de cada opción.	0	1	2	3	4
24. Después de llevar a la práctica una solución, analizo qué es lo que fue bien y qué es lo que fue mal.	0	1	2	3	4
25. Después de intentar resolver un problema, compruebo si me siento mejor.	0	1	2	3	4
26. Practico una solución antes de llevarla a cabo para mejorar mis posibilidades de éxito.	0	1	2	3	4

<b>0 = No es cierto en absoluto</b> <b>1 = Un poco cierto</b> <b>2 = Bastante cierto</b> <b>3 = Muy cierto</b> <b>4 = Extremadamente cierto</b>					
27. Creo que puedo resolver problemas difíciles yo solo si lo intento en serio.	0	1	2	3	4
28. Cuando tengo un problema, obtengo tanto datos acerca del mismo como sea posible.	0	1	2	3	4
29. Aplazo el resolver problemas hasta que es demasiado tarde para hacer nada.	0	1	2	3	4
30. Gasto más tiempo evitando mis problemas que resolviéndolos.	0	1	2	3	4
31. Cuando tengo un problema me altero tanto que no puedo pensar con claridad.	0	1	2	3	4
32. Antes de intentar resolver un problema, me marco un objetivo específico para saber exactamente donde voy.	0	1	2	3	4
33. Cuando tomo decisiones, no me tomo el tiempo necesario para pensar en los pros y contras de cada opción.	0	1	2	3	4
34. Cuando fracaso en resolver un problema, intento encontrar qué es lo que falló y vuelvo a intentarlo.	0	1	2	3	4
35. Odio resolver problemas.	0	1	2	3	4
36. Después de llevar a la práctica una solución, compruebo hasta qué punto ha mejorado el problema.	0	1	2	3	4
37. Intento ver mis problemas como desafíos.	0	1	2	3	4
38. Cuando resuelvo problemas, se me ocurren muchas opciones.	0	1	2	3	4
39. Cuando tomo decisiones, sopeso las consecuencias de cada opción.	0	1	2	3	4
40. Cuando tengo un problema importante, me deprimó y no hago nada.	0	1	2	3	4
41. Busco a alguien que me ayude a resolver los problemas difíciles.	0	1	2	3	4
42. Cuando tomo decisiones, pienso en los efectos de cada opción en mis sentimientos.	0	1	2	3	4



<b>0 = No es cierto en absoluto</b>					
<b>1 = Un poco cierto</b>					
<b>2 = Bastante cierto</b>					
<b>3 = Muy cierto</b>					
<b>4 = Extremadamente cierto</b>					
43. Cuando tengo un problema, busco en mí alrededor sus causas.	0	1	2	3	4
44. Cuando tomo decisiones, sigo mis corazonadas sin pensar en lo que puede pasar.	0	1	2	3	4
45. Cuando tomo decisiones, utilizo un sistema para ayudarme a escoger la mejor opción.	0	1	2	3	4
46. Cuando resuelvo un problema, en todo momento intento mantener mi objetivo en mente.	0	1	2	3	4
47. Miro los problemas desde diferentes ángulos.	0	1	2	3	4
48. Cuando no entiendo un problema, intento saber más acerca de él.	0	1	2	3	4
49. Me desanimo y deprimó cuando fracasan mis primeros intentos de resolver un problema.	0	1	2	3	4
50. No dedico el tiempo necesario para examinar por qué una solución no funcionó.	0	1	2	3	4
51. Creo que soy demasiado rápido/a cuando tomo decisiones.	0	1	2	3	4

<b>Anexo nº 7: Escala de Pensamientos Automáticos de Ira y Hostilidad (IPRI – 26 ítems)</b>
---

# IPRI

## (Versión de 26 ítems)

Nombre:	Edad:
Estudios:	Sexo: V M
Profesión:	Fecha:
Alumno:	

### INSTRUCCIONES

A continuación hay una serie de pensamientos que la gente tiene cuando experimenta ira u hostilidad en diferentes situaciones y/o ante diferentes personas. Es importante recordar que estos pensamientos suelen pasarse por la cabeza de forma relativamente rápida, bien en forma verbal o bien en forma de imágenes.

Tómese unos segundos para ver si estos pensamientos (u otros similares) se han pasado por su cabeza en las últimas dos semanas cuando usted ha sentido ira hacia otras personas o hacia algo que ocurrió. Lea cada frase y escoja la respuesta que mejor indique **con qué frecuencia ha tenido ese pensamiento (o uno similar) en las últimas dos semanas cuando ha experimentado ira u hostilidad. Por favor, responda a todos los ítems.**

Para cada frase, señale su respuesta rodeando con un círculo el número que **mejor represente la frecuencia con que ha aparecido ese pensamiento (u otro similar) cuando ha experimentado ira u hostilidad en las dos últimas semanas**, siguiendo la siguiente escala:

1 = Nunca 2 = Una o Dos Veces 3 = Algunas Veces 4 = Frecuentemente 5 = Siempre
--

Recuerde, dado que cada persona es distinta, **no existen respuestas correctas ni incorrectas.**

Para decidir si un determinado pensamiento ha sido típico de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente si lo ha tenido **la mayoría de las veces** que ha sentido ira u hostilidad ante una determinada situación y/o persona en los últimos quince días.

#### Ejemplo:

1. Ha sido totalmente injusto, lo que ha dicho está fuera de lugar	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Fíjese en el ejemplo anterior. Para mostrar con qué frecuencia este pensamiento (u otro similar) ha aparecido cuando ha experimentado ira u hostilidad en las últimas dos semanas, usted puede marcar cualquier punto desde (1) *nunca* hasta (5) *siempre*. En el ejemplo, si se rodease por ejemplo el número 4, indicaría que este pensamiento ha aparecido *frecuentemente* cuando la persona que rellenara el inventario ha experimentado ira u hostilidad en las últimas dos semanas.

Recuerde que las respuestas que usted de a cada frase describen su manera su manera de pensar **la mayoría de las veces en las últimas dos semanas.**

## IPRI

<b>1 = Nunca</b> <b>2 = Una o Dos Veces</b> <b>3 = Algunas Veces</b> <b>4 = Frecuentemente</b> <b>5 = Siempre</b>					
1 . Le daría una paliza	1	2	3	4	5
2 . Él/ella es culpable y debería pagarlo	1	2	3	4	5
3 . Desearía que esta persona estuviera muerta	1	2	3	4	5
4 . Esta persona necesita que le den una lección	1	2	3	4	5
5 . ¡Esto es una mierda!	1	2	3	4	5
6 . No voy a entrar en su juego	1	2	3	4	5
7 . Simplemente cálmate	1	2	3	4	5
8 . La próxima se la devuelvo	1	2	3	4	5
9 . No puedes hacer nada, así que relájate	1	2	3	4	5
10 . Tengo que devolvérsela	1	2	3	4	5
11 . Odio tanto a esa persona que podría matarla	1	2	3	4	5
12 . Se va a enterar con quién está tratando	1	2	3	4	5
13 . Simplemente, enciende la radio y distráete	1	2	3	4	5
14 . ¡Es un desgraciado!	1	2	3	4	5
15 . Lo/a molería a palos	1	2	3	4	5
16 . Lo hace para provocarme	1	2	3	4	5
17 . ¡Qué imbécil!	1	2	3	4	5
18 . ¡Menudo bestia!	1	2	3	4	5
19 . ¡Vete a la mierda!	1	2	3	4	5

<b>1 = Nunca</b>						
<b>2 = Una o Dos Veces</b>						
<b>3 = Algunas Veces</b>						
<b>4 = Frecuentemente</b>						
<b>5 = Siempre</b>						
20	· ¡Menudo idiota!	1	2	3	4	5
21	· Le voy a hacer lo mismo a ver si le gusta	1	2	3	4	5
22	Me gustaría romperle los dientes	1	2	3	4	5
23	Simplemente, retírate y relájate	1	2	3	4	5
24	Lo está haciendo de forma intencionada para molestarme	1	2	3	4	5
25	Está intentando manipularme	1	2	3	4	5
26	Afróntalo, en ocasiones tienes que cruzarte con gente así	1	2	3	4	5

**Anexo nº 8: Inventario de Actitudes y Creencias Relacionadas con la Ira-Hostilidad  
(IACRI – 36 ítems)**

# IACRI

## (Versión de 36 ítems)

Nombre:

Edad:

Estudios:

Sexo: V M

Profesión:

Fecha:

Alumno:

### INSTRUCCIONES

Este inventario contiene una lista de distintas actitudes o creencias que tiene a veces la gente. Lea **cada** frase con atención y decida en qué medida está o no de acuerdo con ella.

Para cada frase, señale su respuesta rodeando con un círculo el número que **mejor describe su modo de pensar**, siguiendo la siguiente escala. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni incorrectas.

- 1 = Totalmente en Desacuerdo
- 2 = Bastante en Desacuerdo
- 3 = Ligeramente en Desacuerdo
- 4 = Neutral
- 5 = Ligeramente de Acuerdo
- 6 = Bastante de Acuerdo
- 7 = Totalmente de Acuerdo

Para decidir si una determinada actitud es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es usted **la mayoría de las veces**.

#### Ejemplo:

1. La gente no tiene derecho a decirme lo que debo hacer    1   2   3   4   5   6   7

Fíjese en el ejemplo anterior. Para mostrar en qué medida una frase describe su actitud o creencia, usted puede marcar cualquier punto desde *totalmente de acuerdo* hasta *totalmente en desacuerdo*. En el ejemplo, si se rodease por ejemplo el número 5, indicaría que esta frase es algo típica de las actitudes de la persona que rellenara el cuestionario, es decir, que está *ligeramente de acuerdo* con lo que dice la frase.

Recuerde que las respuestas que usted de a cada frase describen su manera de pensar o ver las cosas **la mayoría de las veces**.

## IACRI

**1 = Totalmente en Desacuerdo**

**2 = Bastante en Desacuerdo**

**3 = Ligeramente en Desacuerdo**

**4 = Neutral**

**5 = Ligeramente de Acuerdo**

**6 = Bastante de Acuerdo**

**7 = Totalmente de Acuerdo**

1 .	Si eres padre/hijo/jefe/... es necesario mostrar sentimientos de ira para que te hagan caso, te respeten, conseguir los propios objetivos o que no te humillen	1	2	3	4	5	6	7
2 .	Si me siento molesto por algo, tengo derecho a expresar mi ira, aunque pueda llegar a agredir o a hacer daño a otras personas	1	2	3	4	5	6	7
3 .	Es imperdonable que me hagan sufrir Esa gente lo hace intencionadamente Por lo que deben recibir una lección	1	2	3	4	5	6	7
4 .	Las personas suelen ser hostiles Hay que estar alerta porque a la mínima oportunidad intentan humillarte o pegártela	1	2	3	4	5	6	7
5 .	Cuando quieres que la propia tarea sea correcta, es mejor hacerlo uno mismo Cualquier otro podría estropearlo	1	2	3	4	5	6	7
6 .	Siempre que hay algún problema o una discusión, el otro tiene la culpa	1	2	3	4	5	6	7
7 .	Muchas veces la ira o el enfado son el único modo de conseguir lo que uno quiere	1	2	3	4	5	6	7
8 .	Si nadie interfiere en mi trabajo, funciones, tareas, responsabilidades, u obligaciones, todo suele salir bien Pero cuando dejas que otras personas se encarguen de él, lo más probable es que algo salga mal	1	2	3	4	5	6	7
9 .	Las personas más cercanas (familia, pareja, amigos, compañeros) no pueden expresarme desaprobación, disgusto, críticas o, en general, sentimientos negativos hacia mi	1	2	3	4	5	6	7
10 .	Si me hacen sufrir es porque quieren hacerme daño Por tanto, se les debe dar una lección	1	2	3	4	5	6	7
11 .	Cuando quiero algo muchísimo, los otros no tienen derecho a decir no	1	2	3	4	5	6	7
12 .	No puedes confiarte, porque en cuanto la gente puede trata de quedar por encima de ti	1	2	3	4	5	6	7

<b>1 = Totalmente en Desacuerdo</b> <b>2 = Bastante en Desacuerdo</b> <b>3 = Ligeramente en Desacuerdo</b> <b>4 = Neutral</b> <b>5 = Ligeramente de Acuerdo</b> <b>6 = Bastante de Acuerdo</b> <b>7 = Totalmente de Acuerdo</b>								
13 .	La gente tiene sus propios intereses y tratan de conseguirlos por encima de cualquier cosa, incluso haciéndote daño	1	2	3	4	5	6	7
14 .	Enfadarse es el único modo de hacerse respetar	1	2	3	4	5	6	7
15 .	Tengo derecho a expresar mi ira si me siento molesto, aunque pueda agredir a los demás	1	2	3	4	5	6	7
16 .	Casi siempre que las cosas salen mal, alguien ha hecho algo para provocarlo	1	2	3	4	5	6	7
17 .	El mundo se rige por un conjunto de reglas que deben cumplirse para que no haya problemas	1	2	3	4	5	6	7
18 .	Sólo cuando expreso toda la ira que tengo, puedo sentirme mejor	1	2	3	4	5	6	7
19 .	Prefiero no expresar el enfado, aunque la ira dure más tiempo o sea más intensa	1	2	3	4	5	6	7
20 .	Las cosas deben ser exactamente como yo quiero que sean Es horrible si no es así	1	2	3	4	5	6	7
21 .	Cuando pido algo necesario, la gente no puede negármelo	1	2	3	4	5	6	7
22 .	Es mejor que uno mismo haga sus cosas importantes, si no quieres que salgan mal	1	2	3	4	5	6	7
23 .	La gente no tiene derecho a decirme lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
24 .	Cuando un plan se tuerce, es porque alguien lo ha estropeado intencionadamente	1	2	3	4	5	6	7

**1 = Totalmente en Desacuerdo**  
**2 = Bastante en Desacuerdo**  
**3 = Ligeramente en Desacuerdo**  
**4 = Neutral**  
**5 = Ligeramente de Acuerdo**  
**6 = Bastante de Acuerdo**  
**7 = Totalmente de Acuerdo**

25 .	En general, la gente suele estar en contra mía	1	2	3	4	5	6	7
26 .	La gente que me quiere debe apoyarme en todo	1	2	3	4	5	6	7
27 .	Casi siempre prefiero hacer yo mismo todo mi trabajo, funciones, tareas, responsabilidades u obligaciones, incluso aunque esté muy agotado, porque si alguien más te ayuda, las cosas saldrán mal	1	2	3	4	5	6	7
28 .	Creo que no debería tener porqué soportar o afrontar acontecimientos negativos	1	2	3	4	5	6	7
29 .	Si me valoran, sabrán reconocerlo	1	2	3	4	5	6	7
30 .	Cuando ocurre algo negativo, siempre hay alguien o algo que tiene la culpa	1	2	3	4	5	6	7
31 .	Tengo derecho a que la gente siempre me trate de forma adecuada	1	2	3	4	5	6	7
32 .	Muchas personas sólo reaccionan cuando te enfadas con ellos	1	2	3	4	5	6	7
33 .	No tengo porqué aguantar decepción, rechazo, ...	1	2	3	4	5	6	7
34 .	Nunca se puede confiar en otra persona, porque a la mínima pueden pisotearte para lograr sus objetivos	1	2	3	4	5	6	7
35 .	Cuando algo me molesta o hace daño, es necesario que exprese mi enfado	1	2	3	4	5	6	7
36 .	Si algo sale mal, hay que castigar a los culpables	1	2	3	4	5	6	7



### Anexo nº 9: Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-S)

Código del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En esta hoja se mencionan una serie de problemas y de síntomas que la gente tiene a veces en respuesta a experiencias estresantes de la vida. Queremos conocer en qué medida ha tenido usted estas respuestas tras el **atentado terrorista que sufrió**. Por favor, lea cada una con detenimiento y RODEE el número que se ajuste mejor **al grado en que ha presentado usted ese problema o síntoma en el último mes**.

	REACCIÓN:	Nada en absoluto (1)	Un poco (2)	Modera- damente (3)	Bastante (4)	Extrema- damente (5)
1.	¿Ha tenido <i>recuerdos, pensamientos o imágenes</i> dolorosos de esa experiencia?	1	2	3	4	5
2.	¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?	1	2	3	4	5
3.	¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?	1	2	3	4	5
4.	¿Se ha sentido muy mal cuando <i>algo le recordaba</i> los acontecimientos?	1	2	3	4	5
5.	¿Ha tenido <i>reacciones físicas</i> (por ejemplo, problemas para respirar, latidos fuertes del corazón, o sudor) cuando <i>algo le recordaba</i> lo sucedido?	1	2	3	4	5
6.	¿Ha evitado <i>pensar o hablar</i> del atentado o ha evitado <i>sentimientos</i> relacionados con lo sucedido?	1	2	3	4	5
7.	¿Ha evitado hacer ciertas <i>actividades</i> o estar en <i>situaciones</i> que <i>le recordasen</i> lo sucedido?	1	2	3	4	5
8.	¿Ha tenido problemas para <i>recordar partes importantes</i> de lo ocurrido?	1	2	3	4	5
9.	¿Ha perdido el <i>interés en las cosas con las que solía disfrutar</i> ?	1	2	3	4	5
10.	¿Se ha sentido <i>distante</i> o alejado de otra gente?	1	2	3	4	5
11.	¿Se ha sentido <i>emocionalmente bloqueado</i> o ha sido incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
12.	¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?	1	2	3	4	5
13.	¿Ha tenido problemas para <i>quedarse dormido</i> o para <i>permanecer dormido</i> ?	1	2	3	4	5
14.	¿Se ha sentido <i>irritable</i> o ha tenido <i>arrebatos de ira</i> ?	1	2	3	4	5
15.	¿Ha tenido <i>dificultades para concentrarse</i> ?	1	2	3	4	5
16.	¿Se ha sentido <i>superalerta</i> o en un estado de <i>permanecer en guardia</i> ?	1	2	3	4	5
17.	¿Se ha sentido inquieto o fácilmente <i>sobresaltable</i> ?	1	2	3	4	5

**Anexo nº 10: Escala de Clima Social: Familia (FES)**

Debido a restricciones de los derechos de autor de FES, solo se reproducen algunos ítems de la FES a modo de muestra. Para consultar íntegramente la FES o para su utilización, hay que ponerse en contacto con TEA Ediciones.

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra “Puesto”, indique el lugar que ocupa Vd. en la familia: padre, madre, hija, etc. A continuación lea las frases de este impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea de la Hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de mi familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.

**Anexo nº 11: Programa de tratamiento de la pareja****Instrucciones para facilitar la adherencia al tratamiento de la pareja**

Objetivos	Pautas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar que la persona perciba la terapia como algo negativo</li> <li>- Desculpabilizar al otro miembro de la pareja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar vender la terapia como un castigo. No debe ser algo ligado a la “mala conducta” del otro.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “Si sigues así vamos a tener que ir al psicólogo”; “Pues tendrás que ir al psicólogo”).</i></li> </ul> </li> <li>- Dejar claro que se trata de la resolución de problemas de interacción, es decir, problemas en los que están involucrados ambos miembros de la pareja. En los que ambas personas tienen cosas que mejorar.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “No es un problema tuyo, es una cuestión de los dos. Yo también tengo cosas que mejorar y como pareja, podemos aprender el uno del otro”</i></li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer una visión positiva de la terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plantear la terapia como una oportunidad para mejorar               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “No nos centremos en los aspectos negativos. Simplemente, podemos verlo como una oportunidad para mejorar”</i></li> </ul> </li> <li>- Transmitir la idea de que la visita al psicólogo puede ser una ocasión para vivir momentos agradables en pareja.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “No tiene por qué ser malo. Puede que incluso las sesiones sean satisfactorias, positivas para nosotros”</i></li> </ul> </li> <li>- Asociar la terapia con actividades satisfactorias antes o después de la consulta               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “Si te parece, antes o después de la terapia, podemos ir a tomar algo, ir al cine y así aprovechamos para estar juntos”</i></li> </ul> </li> <li>- Describir la terapia como un ambiente neutro en el que la persona va a poder expresarse libremente.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “La terapia puede ser un espacio tuyo, donde expresarte libremente”</i></li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir el objetivo de la terapia como una cuestión de interacción, no como la solución de problemas de cada miembro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que el enfoque es general, algo que va a realizar la pareja, y no solo centrado en los problemas de uno de ellos.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “Creo que es algo que nos puede venir bien a los dos, algo positivo para la relación, que nos ayude a compartir más tiempo, disfrutar más en pareja...”</i></li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalizar la situación de terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intentar conocer y tranquilizar a la pareja respecto a posibles miedos que pueda tener, como por ejemplo, relacionar el psicólogo con estar loco</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ejemplo: “esto es algo que es bueno para todas las parejas. Ir al psicólogo no implica tener problemas grandes, sino que puede ser simplemente una herramienta para poder mejorar nuestra relación de pareja”</li> <li>- Asegurar que la persona percibe la terapia como algo neutral, no como un elemento al servicio de la víctima</li> <li>○ Ejemplo: “Oye, ¿te ha llamado la psicóloga? Me ha propuesto que acudamos a un grupo de terapia de pareja. ¿Qué opinas? Sería algo diferente y creo que tal vez podría ayudarnos. ¿Qué te parece?”</li> </ul>
- Incluir a la pareja en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar plantear la decisión como una cuestión unilateral. Tener en cuenta en todo momento su opinión al respecto y asegurar que la pareja entiende cuál va a ser su participación</li> <li>○ Ejemplo: “¿Qué piensas sobre todo esto? ¿qué te parece esta ayuda que se nos está proporcionando? ¿Crees que puede sernos de utilidad? Me interesa mucho saber lo que piensas, porque eres parte fundamental de todo esto”.</li> </ul>
- Plantear la decisión de forma clara y directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar engañar a la persona para que acceda a acudir a terapia.</li> <li>○ Ejemplo: “¿Podrías acompañarme a terapia? (La persona se entera en sesión de que también va a participar en la terapia).</li> <li>- No obligar a la persona a acudir a terapia. Evitar que la terapia se convierta en una forma de chantaje o manipulación</li> <li>○ Ejemplo: “Si no vienes a terapia...”</li> </ul>
- Cuidar la forma de transmitir el mensaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elegir un momento propicio. Evitar situaciones de conflicto, prefiriendo contextos más tranquilos, de intimidad, ambientes relajados, etc.</li> </ul>
- Dar a la persona un papel de responsabilidad positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede plantearse como una oportunidad para ayudar al otro miembro de la pareja</li> <li>○ Ejemplo: “Entiendo que para ti sea incómodo o que a lo mejor no le veas utilidad, pero me gustaría que vinieras conmigo, para ayudarme a resolver conflictos, a no ponerme a la defensiva, etc.”)</li> <li>- Si la persona manifiesta resistencias, puede plantearse como un reto o una prueba</li> <li>○ Ejemplo: “Vale, a lo mejor no te convence, pero podemos probar esta semana y después decidimos”.</li> </ul>
- Valorar positivamente cualquier actitud positiva hacia la terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar cualquier decisión a favor de la terapia y agradecer en todo momento los cambios de actitud</li> <li>○ Ejemplo: “Creo que esto va a ayudarnos a mejorar</li> </ul>

	<i>nuestra relación. Te agradezco mucho que hayas cambiado de opinión, estoy muy contento/a de que vayamos juntos”.</i>
<p>*En caso de que alguna de las parejas no presente grandes problemas de relación, enfocar la terapia como una forma de compartir tiempo juntos, de mejorar algunos aspectos, etc. En definitiva, de hacer crecer la relación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ejemplo: “Ya sé que nos llevamos bien, que no tenemos demasiados problemas, pero creo que nos vendría bien aprender algunas cosas, pasar más tiempo juntos... Creo que incluso podría enriquecer más nuestra relación, ¿qué te parece?”.</i></li> </ul>	

<b>Anexo nº 12: Cómo viven la víctima directa y su pareja el atentado terrorista</b>
--

**1. Cómo lo vive la víctima directa**

- El **suceso traumáticos** no forma parte de las experiencias habituales en la vida de un ser humano (la muerte de un ser querido no sería un hecho traumático, pero sí lo sería sufrir un atentado).
- El trauma es la **reacción psicológica** derivada de un suceso traumático.
- El trauma rompe el sentimiento de seguridad que las personas tenemos en nosotras mismas y en los demás.
- El atentado terrorista es un tipo especial de trauma por su intencionalidad y la imposibilidad de justificarlo.
- El trauma pasa por diferentes **etapas**:
  - En los **primeros momentos** la víctima suele **derrumbarse** emocionalmente, mostrarse **incrédulo** y **sobrecogido**. A esto se le añade un cierto enturbiamiento de la conciencia que puede llegar a hacerle sentir un **embotamiento general** (estado de shock).
  - “Con el **paso de las horas y de los primeros días**, la persona se va haciendo más consciente. Pasa del estado de shock a sentir una sensación de ahogo o de muerte **inminente**, y se manifiestan emociones como la **culpa, el odio, la impotencia la rabia y el miedo.**”
  - La **evolución** de los síntomas **a largo plazo** puede variar. Pero es común que se den **cambios en la personalidad** de la víctima como una mayor **pasividad**, una tendencia a la **introversión**, una mayor **dependencia emocional**, una **actitud victimista** y una mayor **irritabilidad**. También se puede desarrollar un gran **temor y rechazo** a lugares o personas desconocidas. Todas estas **secuelas psicológicas** hacen más complicada la relación familiar y social.
  - Al final, la persona se puede mostrar **emocionalmente bloqueada**, incapaz de sentir o expresar sentimientos, **indiferente** a las necesidades del resto de la familia (pareja e hijos especialmente). La víctima puede tener la sensación de que su **futuro está interrumpido**, mientras éste sigue para los demás.

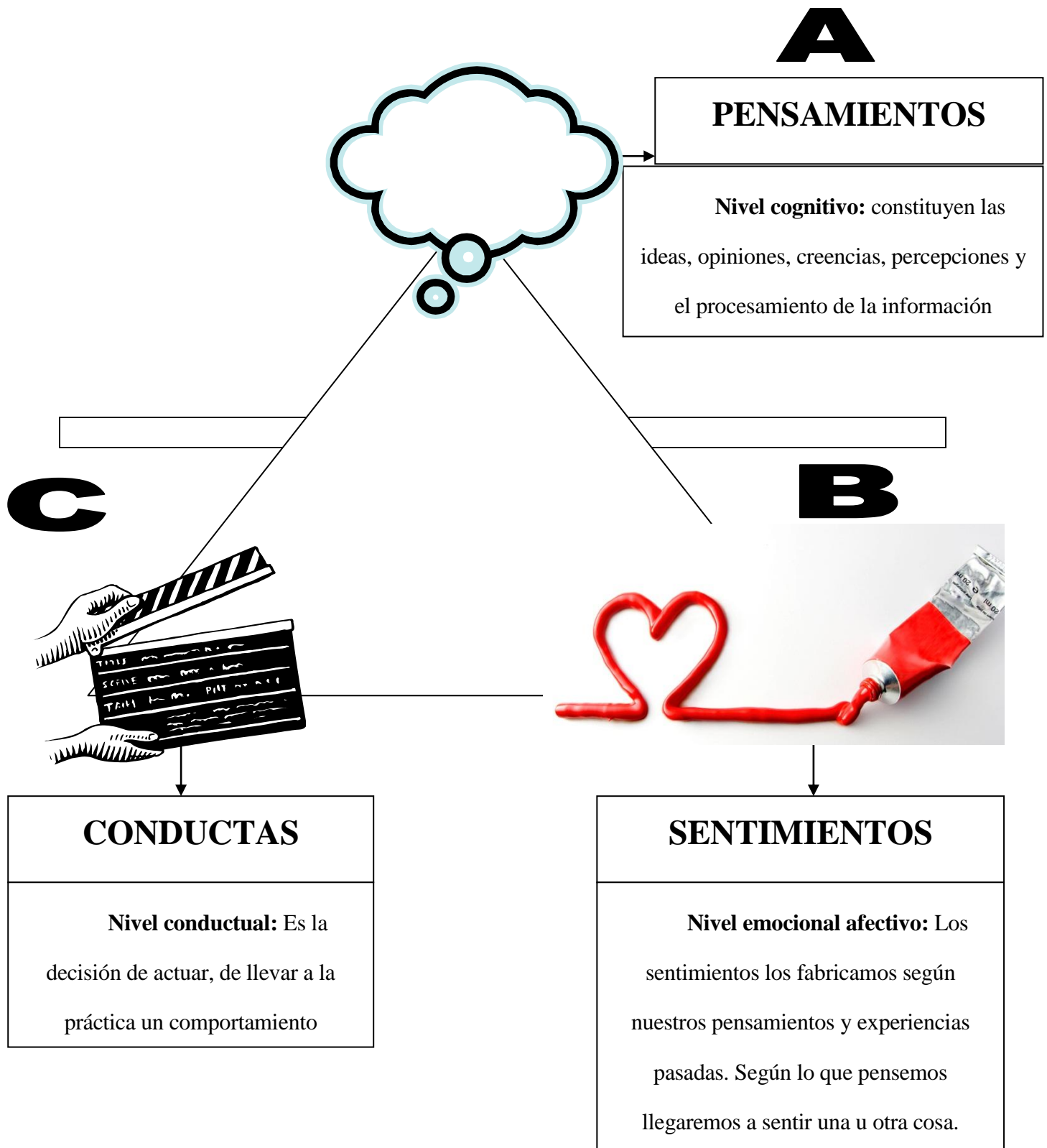
**2. Cómo lo vive su pareja**

- El atentado afecta también a las personas cercanas a la víctima aunque no sean las víctimas directas

- Las relaciones sociales del sujeto ya no son las mismas ni son lo mismo. Y el cambio en la manera de pensar, sentir y actuar de la persona tiene una **repercusión directa en los seres queridos**
- Los familiares tienen que afrontar el sufrimiento de sus seres queridos y **readaptarse** a la nueva situación.
- Un contacto cercano y prolongado con una persona que ha sufrido un trauma grave puede tener un efecto **estresor crónico** en toda la familia, hasta el punto de producir un importante deterioro físico y psíquico.
- Toda la **estructura familiar** puede quedar alterada y provocar secuelas emocionales de varias personas de la familia durante periodos prolongados, incluso a lo largo de toda la vida. Esto ocurre porque, muchas veces, el “efecto cascada” del trauma en el resto de los familiares **no recibe la atención suficiente**.

**Anexo n° 13: Modelo “ABC”**

- ACTIVIDAD: “ABC”





**Anexo n° 14: Tareas para casa basadas en el modelo ABC**

*En estas casillas podrás ir rellenando cuáles son tus emociones y los pensamientos que las han desencadenado. Acuérdate de especificar bien la situación que los ha provocado y cuáles han sido tus reacciones”.*

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
	¿Qué estabas haciendo en ese momento? ¿Dónde estabas? ¿Qué sucedía?	¿Qué emociones sentiste en ese momento? ¿Cómo fue de intensa, de 0 a 10?	¿Qué te pasó por la cabeza? ¿En qué grado de 0 a 10 pensaste que esos pensamientos eran ciertos?	¿Cómo actuaste? ¿Qué hiciste para evitar el malestar?

Recuérdese, entonces, el material a utilizar:

- Tabla “Autorregistro de pensamientos”

**Anexo nº 15: Tipos de pensamientos automáticos negativos (adaptado de Beck, Rush, Shaw y Emery, 2000; citado en Graña et al., 2011)**

1. **Pensamiento dicotómico:** ver las cosas como blancas o negras, verdaderas o falsas, felices o infelices, no dándose cuenta que estos conceptos son sólo los dos extremos de un continuo.

2. **Sobregeneralización:** llega a la conclusión de que algo que le ha ocurrido un a vez volverá a suceder una y otra vez, lo que le genera un sentimiento de abatimiento, ve el futuro como oscuro.

Si pensamos “siempre me está molestando”, cuando en realidad sólo lo hace en ocasiones. La tendencia a sobregeneralizar lleva a percibir las situaciones o las conductas del otro como mucho más molestas de lo que en realidad son, y por tanto aumenta nuestro enfado.

3. **Abstracción selectiva:** poner toda la atención en un detalle, sacándolo de su contexto, ignorando otros hechos más importantes de la situación y definiendo toda la experiencia exclusivamente sobre la base de este detalle.

Usted elige un detalle negativo de cualquier situación y se fija exclusivamente en él, percibiendo así que toda la situación es negativa.

Cuando usted está triste, enfadada... se pone un par de gafas con cristales especiales que no deja pasar nada positivo, es la “abstracción selectiva”.

4. **Inferencia arbitraria:** sacar una conclusión negativa que no está justificada por la situación. Existen dos muy frecuentes:

⇒ Adivinación del pensamiento: decidir que alguien te responde de forma negativa o que los demás están pensando mal de uno, sin tener ninguna evidencia para ello. Si alguien no le saluda es que no quiere hablar con usted porque no le gusta. No pide para nada ver si tiene razón para comprobar si sus sentimientos son correctos.

Es la tendencia a creer que el otro se comporta de la forma que nos molesta porque “es malo”, “disfruta haciendo daño”. Por tanto, si tendemos atribuir malas intenciones a las personas con las que nos enfadamos, será útil que nos lo cuestionemos y que procuremos ser más realistas

Usted supone que otras personas le desprecian y está convencido de esto sin tomarse la molestia de comprobarlo, por ejemplo: tu pareja no esta receptiva una noche porque ha tenido un mal día en el trabajo, a usted no se lo comenta y cree que esta enfadado con usted o que la relación va mal, puede que ante esta situación usted responda retrayéndose o contraatacando, esto como una profecía se cumple al iniciar una interacción negativa con su pareja cuando realmente no pasaba nada.

⇒ El error de adivinar el futuro: Esperar que las cosas salgan mal, que los sucesos sean negativos, sin permitirse la posibilidad de que puedan ser neutrales o positivos. Por

ejemplo anticipar que lo va a pasar mal en una fiesta y estar tan seguro de ello como para decidir no ir

Es como si tuviera una bola de cristal que solo le predijera tristeza, imaginas que va a suceder algo malo, y toma esta predicción como un hecho aun cuando no es realista.

5. **“Debería”:** Intentar empujarse y mejorarse a sí mismo con “debería” “tendría que” “debo hacerlo mejor” “debo tener una buena razón para decir que no”. La consecuencia emocional de estos pensamientos es la culpa, la ira, y el resentimiento. El verbo **“debería”** se usa con frecuencia cuando en realidad lo correcto sería “me gustaría”

Esta actitud se suele reflejar cuando lo transmitimos a los demás. Por ejemplo: “un amigo debería ayudarme en todo lo que le pido”. La exigencia de que los demás actúen según nuestros deseos nos lleva a reaccionar con ira. Cuando exigimos que alguien debería o no comportarse de una determinada manera, NO estamos respetando su derecho a ser responsable de su propia vida ya a elegir lo que quiere (en función de cómo percibe la realidad)

Cuando los resultados de otras personas no satisfagan sus expectativas, se sentirá amargado, por lo que tendrá que cambiar sus expectativas para acercarse a la realidad.

6. **Etiquetación:** Ponerse etiquetas personales significa crear una imagen de sí mismo incompleta y negativa.

En lugar de calificar la conducta que ha hecho mal, lo que valora es su persona, y su ser no puede igualarse a ninguna cosa que usted haga.

Cuando nos inunda la ira tendemos a confundir el comportamiento negativo o molesto de una persona con quien estamos enfadados, con esa persona en su globalidad, por ejemplo: interpretamos cualquier acción que nos parece hostil, como señal de que es mala persona.

Centrándonos en sus rasgos negativos, mientras minimizamos los positivos.

Es importante que deje de definirse con etiquetas negativas y demasiado simplistas, solo porque coma ¿se considera un comedor?

**Anexo n° 16: Forma de actuación con cada uno de los pensamientos negativos y cómo llegar a un pensamiento más realista de la situación vivida (tomado de Graña et al., 2011)**

**1. Pensamiento dicotómico.**

Racionalizar de la siguiente manera:

Las cosas no son blancas o negras. Pensar en porcentajes. La gente no es feliz o triste, valiente o cobarde, inteligente o estúpida, sino que se distribuye a lo largo de un continuo. Los seres humanos son demasiado complejos como para ser reducidos a juicios dicotómicos.

Cuando tenga un pensamiento negativo, pregúntese a sí mismo: “¿Estoy considerando las cosas de modo y/o blanco o negro?”

Una técnica muy útil se llama “pensar en matices de grises”. El principio básico es muy sencillo: *usted recuerda que las cosas se sitúan, habitualmente, en algún lugar entre el 0 y 100% en lugar de insistir que todas son de una manera o de otra.*

0%

100%

**2. Sobregeneralización:**

Racionalizar de la siguiente manera:

Cuantificar. ¿Hay pruebas para las conclusiones?

No existen absolutos.

Se puede examinar cuánta evidencia hay, en realidad, para las conclusiones obtenidas. Si la conclusión está basada en uno o dos casos, una simple equivocación...entonces deberá ser rechazada hasta que se posean pruebas más convincentes. Úsese esta técnica de tres columnas:

Pruebas para mi conclusión	Pruebas contra mi conclusión	Conclusión alternativa
----------------------------	------------------------------	------------------------

Se deberá evitar frases que requieran el uso de palabras tales como “todo”, “siempre”, “ninguno”, “nunca”, “todos”, y “nadie”. Los pensamientos que incluyen estas palabras ignoran las excepciones y los matices del gris. Para hacer los pensamientos más flexibles, úsense palabras tales como “es posible”, “a veces” y “a menudo”.

**3. Abstracción selectiva.**

Racionalizar de la siguiente forma:

No es necesario exagerar. Si una persona se encuentra atrapada por una idea que se repite como un disco rayado, concentran su atención en cosas del ambiente que normalmente le asustan, o le encolerizan. Para vencer el filtraje hay que modificar el origen deliberadamente y esto puede realizarse de dos formas distintas:

- Esmerándose en centrar la atención sobre las estrategias de afrontamiento del problema, más que obsesionarse por el propio problema.

Análisis coste – beneficio. Efectúe una lista de las ventajas y desventajas de un sentimiento (Enfadarme con.....si no me ha llamado), de un pensamiento negativo (Pienso que pasa de mi), o de una pauta de conducta (Estar irritable con mi familia).

---



---



---

Ventajas de creer esto	Desventajas de creer esto

#### 4. Inferencia arbitraria:

Racionalizar de la siguiente forma:

Comprobación. ¿Hay pruebas para las conclusiones?

La lectura del pensamiento es la tendencia a hacer inferencias sobre qué piensa o qué siente la gente. A la larga, es mejor no hacer inferencia alguna sobre la gente. O creer todo lo que nos dicen o no creer nada hasta poseer prueba concluyente. Hay que tratar todas las opiniones de la gente como hipótesis que deben ser probadas y comprobadas, cuestionándolas.

Comprobar los hechos. Después de transcribir un pensamiento negativo, pregúntese a sí mismo: ¿qué datos reales sustentan este pensamiento? Dado que nos sentimos tan mal, creemos que las cosas son negativas sin analizar los datos detenidamente. Cuando haya analizado los hechos verá las cosas desde otra perspectiva.

Ejemplo:

“Seguro que lo hace por fastidiarme”.

Se podría preguntar a sí mismo: “¿Es seguro que lo hace con esa intención? ¿Podrían existir otras alternativas? ¿Haciendo un análisis de la situación, que conclusión puedo sacar respecto a mi pensamiento de que seguro lo hace por fastidiarme?

---

---

---

*Darte cuenta que sólo son PENSAMIENTOS, NO es la realidad.*

## **5. Los debería:**

Racionalizar de la siguiente forma:

Normas flexibles. Valores flexibles.

Hay que reexaminar y cuestionar cualquier norma personal que incluya las palabras “debería”, “habría que”, o “tendría que”. Las normas y las expectativas flexibles no usan estas palabras porque siempre existen excepciones o circunstancias especiales.

La clave radica en la singularidad de cada persona, las necesidades, limitaciones, miedos y placeres particulares. La persona tiene derecho a su opinión, pero debe permitir a los demás considerar cosas importantes. Es mejor aceptar que los demás tienen derecho a ser diferentes de cómo nos gustaría.

El método semántico. Cuando se sienta angustiado o enfadado, compruebe si se está diciendo a sí mismo: “Debería hacer esto” o “No debería hacer esto”. Utilice una frase del tipo “sería estupendo” o “sería preferible” en lugar de “debería”. Este cambio es muy sutil. Intentamos modificar el tono emocional para que un problema parezca menos angustioso y catastrófico. Usted deja de obligarse u obligar a los otros con unas exigencias rígidas y coercitivas. Tratamos de cambiar ese tono autoritario y sentencioso.

---

---

---

## **6. Etiquetas globales:**

Racionalizar de la siguiente forma:

Ser específico. Los etiquetajes globales normalmente son falsos porque aunque sólo contemplan una única característica o conducta, implican, por decirlo así, a todo el conjunto. Más que aplicar etiquetajes globales, hay que limitar las observaciones a casos específicos. Preguntarse a sí mismo si un caso es siempre verdad, o sólo es cierto ahora o sólo es verdadero algunas veces.

**Anexo nº 17: Autoregistro de generación de pensamientos alternativos**

Presentamos el autorregistro de generación de pensamientos alternativos a completar con los miembros de la pareja como última actividad de esta sesión. Completaremos con ellos dos secuencias completas que finalicen con un pensamiento alternativo y les pediremos que sigan realizando estas secuencias a lo largo de la semana con las estrategias aprendidas.

Situación	Pensamiento automático negativo	Consecuencias emocionales y conductuales	Distorsiones cognitivas	Pensamiento alternativo	Consecuencias emocionales y conductuales

**Anexo nº 18: “Entendiendo las emociones”**

**Emoción** es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia.

**¿Hay emociones buenas o malas?** Es importante distinguir entre:

- ✓ **EMOCIÓN NORMAL:** adaptativa y útil para resolver problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave, nos mantiene alerta y permite centrarnos en el problema.
- ✓ **EMOCIÓN PERJUDICIAL:** inútil, excesiva, inapropiada; no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación, nos sobrepasa y dificulta la solución de problemas.

Lo que cambia, por tanto es la **intensidad, la frecuencia y/o la duración de los síntomas**.



<b>Anexo nº 19: “¿Y tú para qué sirves?”</b>
--

Vamos a intentar buscar la función que tienen las emociones siguientes

EMOCIÓN	FUNCIÓN
<b>El miedo</b>	
<b>La rabia</b>	
<b>La alegría</b>	
<b>La tristeza</b>	
<b>La culpa</b>	

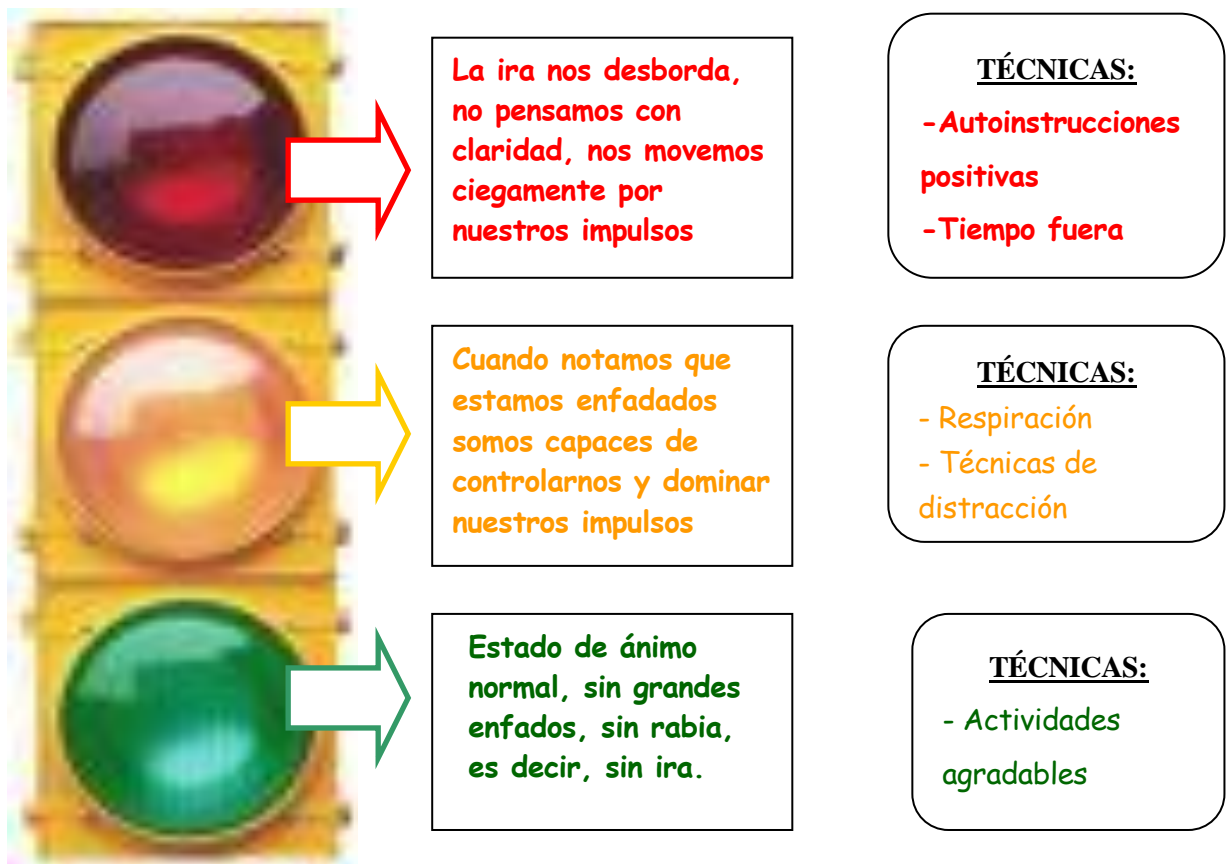
**Anexo nº 20: Controlando el enfado (adaptado de Labrador, Cruzado, y Muñoz, 2004; citado en Graña et al., 2011)**

**Metáfora del semáforo:**

*Hay situaciones que por circunstancias nos desbordan, hay falta de control, no pensamos con claridad, nos movemos por nuestros impulsos y es en estas circunstancias cuando decidimos que estamos en **rojo**. Existen otras situaciones en las que notamos que estamos enfadados aunque somos capaces de controlarnos y dominar nuestros impulsos, estas situaciones tienen el control **amarillo**.*

*El color **verde** sería nuestro estado de ánimo normal, sin grandes enfados, es decir sin ira.*

Estrategias a utilizar según el color en el que nos encontremos:



### **Cuando estoy en verde:**

*En esta situación, cuando estamos en este color, no aparece ira, si bien si nos molesta alguna situación o comentario de otra persona podemos:*

*Cuando estemos en este color es útil realizar alguna otra actividad como hacer deporte, escuchar música, ir al cine.....*

*Así como decirle a la otra persona lo que te molesta de lo que ha dicho o hecho de modo adecuado*

### **Cuando estoy en amarillo:**

#### **1. Técnicas de distracción:**

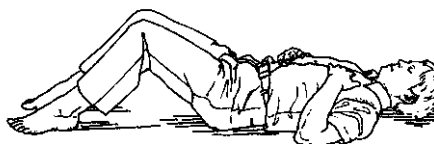
*Nuestra mente tiene unos recursos limitados, de tal forma, que esta técnica consiste en quitarnos de la cabeza los pensamientos que nos hacen enfadarnos más y sustituirlos por actividades mentales que llenen todos esos recursos que antes ocupaban los pensamientos que nos generan malestar.*

*Es decir, si yo pongo toda mi atención en otra actividad mental, no puedo darle vueltas a aquellos pensamientos que me generan malestar, son actividades incompatibles.*

Ejemplos de estos ejercicios son:

1. Contar de 100 hacia atrás de 7 en 7
2. pensar en 10 animales que comiencen con la letra A
3. Centrar la atención en un cuadro, o si estás en la calle en un escaparate y describir los componentes del cuadro, las formas, etc.

#### **2. Respiración:**



*Posición para la respiración profunda*

*Es una técnica muy empleada contra el estrés desde la antigüedad. Es muy utilizada para la reducción de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga.*

*En ella es muy importante el diafragma, músculo que separa la cavidad torácica del abdomen y colabora sobre todo en la inspiración. Hay que aprender a controlarlo.*

*El ejercicio de esta técnica se aprende en minutos y sus resultados se experimentan de forma inmediata, pero los efectos profundos del ejercicio no se apreciarán hasta después de varios meses de práctica persistente.*

**Los pasos a seguir para aprender a respirar lentamente son:**

- 1) Siéntese o tumbese cómodamente. Ponga una mano en el pecho y otra sobre el estómago.
- 2) Tome el aire lenta y profundamente por la nariz hasta llegar al abdomen (3-4 seg.) levantando la mano que había colocada sobre él. El pecho apenas debe moverse.
- 3) Mantenga el aire dentro (2-3 seg.).
- 4) Expulse el aire lentamente por la boca con los labios semicerrados para que se escuche un soplido. Saque todo el aire de sus pulmones, puede ayudarse metiendo el estómago hacia dentro.
- 5) Haga una pausa de 4 segundos antes de iniciar otra inspiración.
- 6) Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.

**Consejos para el uso de esta técnica:**

- Como está aprendiendo, practique cuando está más tranquilo. Será más sencillo si se acuesta en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.
- No tome mucha cantidad de aire.
- Coja el aire por la nariz pero si no puede hágalo con la boca no muy abierta.
- Practique al menos **3 ó 4 sesiones de 5 min.** al día (cuanto más veces mejor).
- Cuando domine la técnica tumbado o recostado, practíquela en diferentes posiciones y lugares, comenzando por los que le parezcan más sencillos.
- No use la respiración lenta si tiene alguna crisis, hasta que la domine completamente.

- No la realice después de las comidas.
- Recuerde que la respiración puede ayudarle a reducir de manera voluntaria los síntomas de tensión y de nervios, y por lo tanto, también le ayudará a comprobar que puede controlar su ansiedad, sobre todo en situaciones difíciles.

**Cuando estoy en rojo:**

**1. Tiempo fuera:**

*Abandonar la situación, debéis utilizar siempre que estéis en rojo en vuestra ira. Consiste en abandonar la casa, no sirve irnos a una habitación. Si no estáis en casa alejaros de la situación lo máximo posible. Además es importante que pactéis una señal con las personas que os encontréis para que ellos sepan que vais a poner en práctica esta técnica y que debéis estar solos, por eso es muy importante que expliquéis muy bien esta técnica a vuestra familia. Una vez en la calle leeremos las tarjetas de autoinstrucciones que haremos más tarde.*

**2. Autoinstrucciones positivas:**



El ser humano controla su conducta, tanto interna (pensamientos y sentimientos) como externamente (conducta manifiesta), a través de autoinstrucciones (las cosas que nos decimos a nosotros mismos).

Las Autoinstrucciones o Entrenamiento Autoinstruccional es una técnica cognitiva cuyo objetivo es la **modificación del diálogo interno que tenemos a la hora de realizar una tarea o afrontar una situación**, de modo que modifiquemos el comportamiento (mejora de una habilidad, conseguir autocontrol o solucionar un problema). Afrontando la emoción en situaciones que nos desencadenan sentimientos negativos, interrumpimos la cadena de respuestas inadaptadas e introducimos secuencias de conducta más adaptadas.

El procedimiento sería el siguiente:

1. Detectar las verbalizaciones internas interfirientes (mediante Auto-registro)  
 → *Son esos pensamientos negativos que hemos venido registrando desde el principio de la terapia.*

2. Generar autoinstrucciones relevantes y positivas para afrontar la situación  
 → *Podemos obtenerlas de las conclusiones a las que hemos llegado cuando trabajamos con el manejo de los pensamientos, aunque también podemos seguir las siguientes indicaciones:*

Cómo hacerlo		Ejemplos de autodiálogo
<b>CUANDO LA EMOCIÓN EMPIEZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizamos la emoción como señal de la necesidad de comenzar a darnos Autoinstrucciones.</li> <li>- Recordamos que nuestro objetivo es no dejarnos llevar por los pensamientos automáticos negativos, sino controlarnos; y nos disponemos a ello.</li> </ul>	<p>“No voy a dejar que esta sensación pueda conmigo”</p> <p>“Es el momento de utilizar las técnicas aprendidas”</p> <p>“Sé que si me dejo llevar me sentiré peor”</p> <p>...</p>
<b>ANTES Y DURANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN</b>	<p>Ponemos en marcha nuestro plan de control que consiste en <b>guiarnos mediante comentarios positivos</b>, que hemos preparado con anterioridad para recordarlos ahora.</p> <p>Para ello podemos utilizar <u>tarjetas</u> donde las hayamos escrito previamente.</p>	<p><b>ANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “No hay motivo para preocuparse”</li> <li>✓ “Puedo relajarme”</li> <li>✓ “Sé cómo solucionar esta sensación”</li> <li>✓ “Los pensamientos negativos no me ayudan en nada”</li> <li>✓ ...</li> </ul> <p><b>DURANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “Voy a mantener el control; de hecho, lo estoy haciendo”</li> <li>✓ “Si estoy tenso, respiraré profundamente y me</li> </ul>

		<p>relajaré”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “Me concentraré en lo que estoy haciendo”</li> <li>✓ “He pasado por cosas peores”</li> <li>✓ ...</li> </ul>
<b>DESPUÉS DE HABER AFRONTADO LA SITUACIÓN</b>	<p><b>Nos elogiamos</b> por habernos enfrentado a la situación (independientemente del resultado que hayamos tenido) Todo proceso de aprendizaje conlleva errores y progresos.</p>	<p><b>DESPUÉS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “Lo conseguí” o “Por lo menos lo he intentado”</li> <li>✓ “La próxima vez lo lograré antes”</li> <li>✓ “Tengo que decirle a ... lo bien lo he hecho”</li> <li>✓ ...</li> </ul>

**Anexo nº 21: Autorregistro de utilización de la técnica del semáforo**

Situación	Color del semáforo	Técnica utilizada	Grado de utilidad (0 – 10)



**Anexo nº 22: Los tres estilos de comunicación (tomado de Graña et al., 2011)**

El terapeuta introduce la sesión explicado en qué consisten las habilidades de comunicación y los diferentes estilos que existen.

*En esta nueva sesión queremos explicaros los diferentes estilos de comunicación y poner en práctica la comunicación asertiva.*

*Como ya sabréis la comunicación es esencial para la negociación y el cambio de conducta, por ello debemos entenderla como un intercambio de conductas verbales y no verbales. Para que el intercambio de mensajes fluya de modo apropiado se requieren habilidades de expresión y recepción.*

*Si existen ciertos déficits tanto en la emisión como en la recepción, estos pueden afectar al proceso de comunicación dando lugar a conflictos*



***El déficit más importante en el EMISOR es:***

*La inhibición de la emisión, es decir, en muchas relaciones No se expresan peticiones por temor a las consecuencias.*

*Comunicación inadecuada para la consecución de un objetivo, por ejemplo un miembro de la pareja puede tener como objetivo expresar la comprensión por un hecho, pero al expresarlo en un tono de voz alto y gestos bruscos, lo que hace es que le hijo lo determine de forma muy diferente.*

***El déficit más importante en el RECEPTOR es:***

*Inhabilidad para escuchar los mensajes del otro, es decir, el otro no escucha nuestro mensaje.*

*Dificultad para reconocer y recibir mensajes positivos.*

*En lo que respecta al **mensaje**, el requisito es que sea reconocible, expresiones como “me gustaría que fueras más responsable” hacen difícil determinar que es realmente lo que se está pidiendo, por ejemplo “me gustaría que no cogieras los cuadernos de tu hermano sin pedirle permiso” es algo más operativo.*

*La comunicación podemos dividirla en dos componentes, por un lado la comunicación verbal y por otro la no verbal, por ello tenemos que prestar atención a ambos componentes.*

*Los componentes verbales son el contenido, las palabras que empleamos para transmitir nuestro mensaje.*

*El componente no verbal: el tono de voz, volumen, entonación, gestos, etc.*

*Es muy importante que tanto la comunicación verbal como la no verbal coincidan, sino estaremos creando confusión en el receptor del mensaje.*

*Desde nuestro punto de vista existen 3 estilos de comunicación ¿sabéis cuáles son?*

Seguidamente, se explicará a los miembros de la pareja los tres estilos de comunicación: asertivo, pasivo y agresivo y los requisitos para una buena comunicación.

*Antes de identificaros con un estilo concreto es importante saber que las personas generalmente tendemos a utilizar los tres estilos, utilizaremos uno u otro dependiendo de las personas y la situación en la que nos encontremos, por ejemplo ante nuestro jefe o un guardia civil lo más seguro es que nos comportemos de un modo pasivo, en cambio con nuestra pareja, hijos... es posible que actuemos de un modo agresivo cuando nos enfadamos.*

*¿De manera general con cuál de los tres estilos os identificáis? ¿Utilizáis alguno concreto con alguna persona en particular, vuestro jefe, hijo, pareja...?*

*¿Qué ventajas encontráis en el estilo pasivo? ¿Y en el agresivo? ¿Inconvenientes en ambos? ¿Y en el estilo asertivo, que ventajas encontráis?*

ESTILOS DE COMUNICACIÓN		
CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA AGRESIVA	CONDUCTA ASERTIVA
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Expresión inefectiva de pensamientos, sentimientos y creencias, permitiendo que otros violen nuestros derechos.</li> <li>■ Autoestima: Me siento inferior a otros, mis derechos no cuentan.</li> <li>■ Conducta de huida o permisiva.</li> <li>■ Consecuencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Respuestas pasivas/sumisas</b></li> <li>- <b>Insatisfacción</b></li> <li>- <b>Frustración</b></li> <li>- <b>Culpabilidad</b></li> <li>- <b>Enfado</b></li> <li>- <b>Otros deciden</b></li> <li>- <b>Baja autoestima</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Expresión de pensamientos, sentimientos y creencias de forma hostil y dominante, violando los derechos de los demás.</li> <li>■ Autoestima: Me siento superior a otros e impongo mis derechos, soy más importante.</li> <li>■ Conducta de combatir.</li> <li>■ Consecuencias <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Culpabilidad</b></li> <li>- <b>Humillación</b></li> <li>- <b>Violencia</b></li> <li>- <b>Pobres relaciones</b></li> <li>- <b>Amenaza</b></li> <li>- <b>Violación de derechos</b></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Expresión de pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa y apropiada, sin violar los derechos de los demás.</li> <li>■ Autoestima: Me siento igual a otros, todos somos importantes.</li> <li>■ Conducta de cooperación y negociación.</li> <li>■ <b><u>EXPRESAR SENTIMIENTOS</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dar y recibir cumplidos</b></li> <li>- <b>Hacer peticiones</b></li> <li>- <b>Expresar amor y afecto</b></li> <li>- <b>Iniciar y mantener conversaciones</b></li> <li>- <b>Expresar coraje justificado y descontento</b></li> </ul> </li> <li>■ <b>AUTOAFIRMARSE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Expresar derechos legítimos</b></li> <li>- <b>Decir “no”</b></li> <li>- <b>Expresar opiniones personales</b></li> </ul> </li> </ul>

Anexo nº 23: Actividad II: “Practicando la comunicación asertiva. Método DEPA” (adaptado de Macías Antón, 2007; citado en Graña et al., 2011).

El terapeuta en la siguiente actividad introducirá un procedimiento para mejorar el estilo comunicativo, para alcanzar una comunicación más efectiva. El procedimiento será conocido como el método DEPA que corresponde a las iniciales de Describir, Expresar, Pedir y Agradecer.

### **CÓMO EXPRESAR DESACUERDOS:**

Normalmente el objetivo de expresar un sentimiento negativo va acompañado de otro segundo objetivo, que es hacer una petición de cambio.

Para expresar desacuerdos con un estilo asertivo se propone seguir el siguiente modelo:

**D-** Describir de manera clara la situación que nos desagrada o que deseamos cambiar (p. e. "Cuando tú me gritas cada vez que me pides que haga la cama...").

**E-** Expresar los sentimientos personales en primera persona, evitando acusar al otro (p.e "Yo me siento tenso y desesperado").

**P-** Pedir un cambio concreto de conducta (p. e. "Me gustaría que dejaras de pedirme que haga la cama gritando").

**A**gradecer la atención del otro a nuestra petición (p.e. "Me alegro de que me hayas escuchado").

Un punto importante a destacar es la aparición de los mensajes yo en el segundo punto del DEPA. Los mensajes yo son aquellos mensajes que se envían en primera persona. Además, son mensajes respetuosos que expresan sentimientos, opiniones o deseos, sin evaluar ni reprochar nada al otro.

### **CÓMO RECIBIR CRÍTICAS:**

Para recibir críticas de un modo asertivo, se propone elegir entre las siguientes opciones:

- **INTERROGACIÓN NEGATIVA** o pedir aclaración sobre el contenido de la crítica. En un alto porcentaje de críticas que recibas, la crítica estaría expresada de una forma ambigua: no hay quien te aguante, eres una borde. La interrogación negativa, expresada en preguntas como: “¿Qué es lo que no te ha gustado? ¿A qué te refieres exactamente?”, permite entender la naturaleza de la crítica que estamos recibiendo, es decir, saber si es una crítica bienintencionada o una crítica con objetivos deshonestos. Si se trata de lo último, al pedirle al interlocutor que concrete su crítica se verá en aprietos.

Tan pronto como el emisor concrete la crítica, nuestro siguiente paso deberá ser

procesarla, decidir si estamos de acuerdo o no, y contestar a partir de esa decisión.

- BANCO DE NIEBLA. Es otra estrategia para recibir críticas, especialmente malintencionadas. Sería como correr una cortina de humo entre el interlocutor y nosotros mismos. Por ejemplo, ante la crítica “Te han dejado un pelo horroroso”, un banco de niebla podría ser: “Ya, comprendo que a ti no te guste”. Esta respuesta, al menos, podría tener dos lecturas completamente distintas. La primera sería: “Sí, tienes razón, me han dejado muy mal el pelo”, y la segunda: “Comprendo que a ti no te guste mi peinado porque tus gustos y los míos no coinciden”.

Al emplear esta técnica hay que prestar especial atención al tono de voz, la entonación y el ritmo del habla que deben ser totalmente neutros, al igual que la expresividad del rostro.

Esta técnica es la menos asertiva y por ello únicamente se recomienda su uso ante críticas deshonestas.

- ASERCIÓN NEGATIVA. Si al oír la crítica y entenderla, estamos de acuerdo en su contenido, lo asertivo y honesto sería reconocerlo.

Sería aceptar la crítica sin adoptar actitudes defensivas, sin justificarnos y por supuesto, sin sentirnos excesivamente culpables o hundirnos. Implicaría reconocer que hemos cometido un error y que somos responsables de ello.

- Un tipo de situación que requiere especial atención es cuando nuestro interlocutor está siendo agresivo empleando gritos, insultos o expresiones descalificativas. En estas situaciones nuestro objetivo fundamental será cortar la interacción tan pronto como sea posible. La mejor opción es utilizar la estrategia denominada “ENFADO QUE DESARMA” y consiste en bloquear el discurso de la otra persona con expresiones como: “Estamos muy nerviosos, vamos a dejarlo y ya continuaremos en otro momento”. En ocasiones, es probable que el primer efecto de la técnica sea que la otra persona todavía se enfade más, entonces no haya elección, solamente nos queda salir de la habitación.

### **CÓMO HACER PETICIONES**

Consiste en expresar clara y honestamente lo que deseamos de otra persona.

De la misma manera que conviene ser consciente de que prácticamente podemos hacer cualquier tipo de petición, también conviene recordar que nuestro interlocutor tiene derecho a decir “no”.

Hay básicamente tres formas de hacer peticiones.

La primera es utilizar el modo interrogativo, es decir, hacer una petición en forma de pregunta: “¿Podrías cerrar la ventana?, ¿Vamos al cine esta noche?”.

Una segunda opción, quizás más clara, es utilizar el modo imperativo. Se recomienda que cuando se empleen imperativos se suavicen con fórmulas de cortesía: "Cierra la ventana, por favor".

Finalmente, una tercera posibilidad es el uso del condicional: "Me gustaría que cerrases la ventana o desearía que fuéramos al cine esta noche".

Utilizando cualquiera de estas fórmulas a la hora de hacer peticiones, es muy importante que no se abuse de las explicaciones. Muchas veces, en vez de hacer una petición directamente, empezamos justificándonos. Es mejor realizar en primer lugar la petición, lo más directamente posible y luego, sólo si lo creemos necesario, dar una ligera explicación.

### **CÓMO DECIR "NO"**

Decir "no" significa rechazar una petición que no queremos aceptar. Tenemos derecho a decir no ante cualquier tipo de petición. No es necesario tener importantes y serias razones para decir que no.

Es muy importante romper el hábito de decir no poniendo excusas. Dar excusas es inadecuado porque es ineficaz y además no es asertivo ni honesto.

Una buena manera de empezar a decir no es, ante la petición que queremos rechazar, decir no, prefiero no.... Por ejemplo, "¿Quedamos para ir al cine esta noche? No, prefiero no ir al cine esta noche". Otra opción sería decir no seguida de la preferencia alternativa, si procede. Por ejemplo, "¿Quedamos para ir al cine esta noche? No, prefiero quedarme en casa".

Cuando comiences a practicar esta forma de decir "no", es muy importante que no sonrías. El efecto de la sonrisa podría tener para el interlocutor un significado irónico o también se podría interpretar como inseguridad.

### **CÓMO EXPRESAR SENTIMIENTOS POSITIVOS**

Significa manifestar hacia otra persona sentimientos de agrado, afecto, admiración, agradecimiento o respeto.

La mejor manera de expresar sentimientos positivos es hacerlo de manera directa, lo más sencillamente posible. Aquí no hay fórmulas ni modelos, quizás sea el aspecto de las relaciones interpersonales donde menos haya que pensar y más haya que dejarse llevar por la espontaneidad.

Se pueden diferenciar varios niveles en cuanto a la profundidad.

Un primer nivel de poco riesgo es expresar agrado o halago ante cuestiones materiales. Por ejemplo: "Llevas una camiseta muy bonita".

Un segundo nivel, podría referirse a cuestiones de trabajo, colegio, desempeño o ejecución. Por ejemplo: “Has hecho un trabajo magnífico, me encantó la forma en que le preguntaste al profesor en clase”.

Finalmente, hay un tercer nivel referido a aspectos íntimos o personales, a relaciones afectivas, que incluiría amigos, familiares y pareja: “Siempre que estoy contigo me lo paso fenomenal, te quiero mucho”.

**Anexo nº 24: Teoría y desarrollo de la técnica de solución de problemas (adaptado de D’Zurilla y Goldfried, 1971; citado en Graña et al., 2011)****Pautas para la identificación y correcta solución de problemas.**

**A continuación se dan algunas pautas que les ayuden a la identificación y correcta solución de sus propios problemas.**

*Muy bien, ahora que ya sabemos los problemas que tenemos, vamos a intentar resolverlos, para ello vamos a explicaros los pasos que vamos a seguir para dar con la mejor solución posible.*

**Explicamos a la pareja cada uno de los pasos:**

**- 1º: Ante todo hay que definir bien el problema, en todos sus detalles, por eso SIEMPRE VAMOS A EMPEZAR CON: “que puedo hacer yo para...”**

**1: Que puedo hacer yo para**

*Para facilitar la definición de problema, ya que consideramos que es uno de los puntos más importantes, os proponemos las siguientes preguntas:*

- ¿Quién tiene el problema?
- ¿En qué consiste el problema?
- ¿Por qué es un problema para mí?
- ¿A qué áreas de mi vida afecta?
- ¿Desde cuándo tengo este problema?

**- 2º: Después hay que imaginar todas las soluciones posibles, TODO VALE, crear un mínimo de 10 alternativas.**

**2: Alternativas: (que sean concretas)**





- 3º: Finalmente es importantes decidir que solución es la mejor, según estos criterios:

<p><b>-Me sirve para resolver el problema, si es eficaz.</b></p> <p><b>-Me produce paz y tranquilidad.</b></p> <p><b>-Me compensa el tiempo y esfuerzo que hay que emplear.</b></p>
---

Cada una de las alternativas se valora, según los criterios expuestos, con estos números:

- +3: Muy satisfactoria.
- +2: Bastante satisfactoria.
- +1: Ligeramente satisfactoria.
- 1: Ligeramente insatisfactorio.
- 2: Bastante insatisfactorio.
- 3: Muy insatisfactorio.

- 4º: Elegir una o varias soluciones que se puedan combinar con la mejor puntuación.
- 5º: Ponerlo en práctica:

Truco: “Decidir que día voy a ponerlo en práctica”

“Decidir hasta cuando la voy a poner en marcha”

“Valorar si la solución que tome era la más adecuada en este momento”

Sumando los puntos de cada alternativa, la mejor será la que tenga más puntos positivos.

*Muy bien, ahora que hemos visto el ejemplo y sabemos cómo se hace, os vamos a entregar una hoja con todos los pasos que tenemos que seguir para generar la mejor solución al problema. Os pedimos que cualquier duda que tengáis no dudéis en preguntarnos y como tarea para casa vamos a elegir otro de los problemas que habéis señalado en la lista y vamos a realizar de nuevo todos los pasos.*

*Queremos hacer mucho hincapié en la puesta en práctica de estos ejercicios, ya que sólo a través de la práctica conseguiremos un buen dominio de la técnica.*

Se entregará la pareja las siguientes hojas en la que explica todos los pasos a seguir.

## **PROBLEMAS Y SOLUCIONES.**

### **1º: Definición del problema:**

Truco: “que puedo hacer yo para...”

“ser concretos, para saber que cambiar”

### **2º: Generar alternativas de solución.**

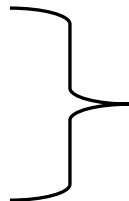
Truco: “Todo vale” “No te preocupes de si es una tontería o no” (lluvia de ideas)

### **3º: Valoración de alternativas en base a 3 criterios:**

Eficacia

Sentirme bien

Tiempo y esfuerzo



+3: Muy satisfactorio.

+2: Bastante satisfactorio.

+1: Ligeramente satisfactorio.

-1: Ligeramente insatisfactorio.

-2: Bastante insatisfactorio.

-3: Muy insatisfactorio.

**1: Qué puedo hacer yo para**

**2: Alternativas: (que sean concretas)**


**3: Valorar las alternativas según los criterios**

SOLUCIONES	Eficacia	Paz	Esfuerzo y tiempo	Total

**4: Elegir una o varias alternativas según las mejores puntuaciones**

**5: Día que empiezo a ponerlo en marcha:**

Hasta que día lo voy a llevar a cabo.

De 0 a 10 cuánto he solucionado este problema.